

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

MESTRADO EM ECONOMIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

A CONTRATUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE:
O CASO DOS CENTROS DE SAÚDE EM PORTUGAL

SUSANA MARIA LOPES CRISÓGONO

Juri: Professor Doutor Carlos Farinha
Professora Doutora Manuela Arcanjo
Professor Doutor Gouveia Pinto

Outubro de 2011

AGRADECIMENTOS

Gostaria de nomear neste agradecimento, todos aqueles que de modo directo ou indirecto, me apoiaram nos momentos de desânimo e exaustão, que tive ao longo desta caminhada, mas não querendo incorrer em algum esquecimento menos justo, opto por personalizar apenas o nome da minha orientadora Professora Doutora Manuela Arcanjo, pela competência, rigor e compreensão com que me acompanhou desde o primeiro momento.

ABSTRACT (com *Keywords*)

The Primary Health Care Reform is a worldwide imperative. Health Systems with strong infrastructure at a primary care level tend to have a healthier population and lower health costs.

In Portugal, the current Primary Health Care Reform makes part of the health system reform which aims the National Health System sustainability, without risking some of its fundamental principles: public financing, universal access and equity in health results .

In this context, we are witnessing the introduction of a new primary care organizational model - the Grouping of Health Centres - based on the proximity to population, and on the resources and infrastructure rationalization, through a strategy of services decentralization.

Under the influence of New Public Management theory, the contracting emerges as a new instrument of governance. The relationship between funders and providers is now supported by contracts, which associate a budget to expected results, contributing to a better allocation of resources and performance. It is assumed the autonomy and accountability of the parties, and the existence of monitoring and evaluation systems.

The goal of this study is to characterize the model and development stage of contracting with Health Centers in Portugal, as well as to conduct a critical analysis of the experiments made until the present time.

Keywords: Reform Health Care Systems, Primary Health Care, New Public Management, Contracting.

RESUMO

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários é um imperativo a nível mundial. Sistemas de Saúde com infra-estruturas fortes ao nível dos cuidados primários tendem a apresentar uma população mais saudável e menores despesas em saúde.

Em Portugal, a actual Reforma dos Cuidados de Saúde Primários insere-se na reforma do sistema de saúde que visa a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, sem sacrificar alguns dos seus princípios fundamentais: financiamento público, universalidade no acesso e equidade nos resultados em saúde.

Neste contexto, assiste-se à implementação de um novo modelo organizacional dos cuidados primários - os Agrupamentos de Centros de Saúde - baseado na proximidade com a população e na racionalização de recursos e infra-estruturas, através duma estratégia de descentralização da gestão de serviços.

Sob a influência da teoria da Nova Gestão Publica, a contratualização surge como um novo instrumento de governação. As relações entre financiadores e prestadores são agora suportadas por contratos que associam um orçamento a resultados esperados, contribuindo para uma melhor afectação de recursos e desempenho. Pressupõe-se a autonomia e responsabilização das partes envolvidas, bem como a existência de sistemas de monitorização e avaliação.

Este estudo pretende caracterizar o modelo e estado de desenvolvimento da contratualização com os Centros de Saúde em Portugal e proceder a uma análise crítica das experiências desenvolvidas até à actualidade.

Palavras-Chave: *Reforma Sistemas de Saúde, Cuidados de Saúde Primários, Nova Gestão Pública, Contratualização.*

ÍNDICE

Introdução	9
I. A Nova Gestão Pública e as Reformas dos Sistemas de Saúde	12
1.1 O contexto evolutivo da Gestão Publica	12
1.2 A influência da Nova Gestão Publica nas reformas dos sistemas de saúde	16
1.2.1 A Contratualização como instrumento de gestão	16
1.2.2 A Contratualização no panorama internacional: os casos do Reino Unido e da Espanha	23
II. Evolução e caracterização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal ...	30
2.1 Percurso do Sistema de Saúde Português	30
2.2 Cuidados De Saúde Primários: da génese às reformas dos anos 80 e 90	34
2.3 A Actual Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: recomeçar em 2005	38
2.3.1 Unidades de Saúde Familiares (USF) – primazia ao acesso	39
2.3.2 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – um novo modelo de organização	41
III. A contratualização como instrumento de gestão	45
3.1 As Primeiras Experiências de Contratualização (1996 – 2000)	45
3.1.1 As Agências de Contratualização	45
3.1.2 A Agência de Contratualização da Região de Lisboa e Vale do Tejo	48
3.1.3 O caso específico da Sub-Região de Saúde de Setúbal	50
3.2 Contratualização com USF	53
3.3 Contratualização com ACES: os primeiros ensaios (2010-2011)	56

Conclusões e perspectivas para o futuro	62
Bibliografia e Legislação	65
Anexos	75
Anexo 1: OP – Afectação Recursos Financeiros às Actividades do CS	76
Anexo 2: OP – Programação Actividade – Saúde Materna	77
Anexo 3: Painel de Indicadores Contratualização - SRS Setúbal	78
Anexo 4: Indicadores de Contratualização com as USF em 2006	80
Anexo 5: Contratualização com ACES 2010 – cálculo de incentivos	81

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

1. Figuras

Figura 1: Estrutura Orgânica dos ACES

Figura 2: Fases e Actividades dos Sistemas de Informação para as ACSS

2. Quadros

Quadro 1: Percurso da Contratualização em Espanha

Quadro 2: Percurso da Contratualização no Reino Unido

Quadro 3: Indicadores de Contratualização com as USF (mod. A) - 2010

Quadro 4: Indicadores de Contratualização com ACES - 2010

GLOSSÁRIO

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Agência de Contratualização de Serviços de Saúde

AP- Administração Pública

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CA – Conselho de Administração

CC – Conselho Clínico

CP – Contrato Programa

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCARS – Departamento de Contratualização da ARS

DE – Director Executivo

ERA – Equipa Regional de Apoio

MCPS – Missão para os Cuidados Primários de Saúde

NGP - Nova Gestão Pública

OP – Orçamento-Programa

PBC – Primary Based Commissioning

PCT – Primary Care Trusts

PD – Plano de Desempenho

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

SIARS – Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRSS – Sub-Região de Saúde de Setúbal

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Introdução

As sociedades modernas investem na saúde, em virtude de uma população saudável ser um factor determinante para melhores níveis de produtividade e crescimento económico. Assim, a prioridade máxima de um sistema de saúde será a de contribuir de forma decisiva para a obtenção de ganhos em saúde

A Organização Mundial de Saúde, no seu relatório de 2008, encoraja todos os países no sentido do fortalecimento dos Cuidados Primários com o objectivo de reduzir as desigualdades e a despesa em saúde. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), ou centros de saúde, são o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o sistema de saúde, contribuindo para o seu funcionamento através do movimento assistencial, referenciação para os hospitais, e actividades de prevenção.

A evidência internacional demonstra que os modelos de organização e gestão dos CSP, bem como as estratégias de financiamento adoptadas e as formas de articulação com os restantes níveis de cuidados podem potenciar/comprometer o cumprimento dos princípios basilares dos sistemas de saúde, bem como das metas definidas pela política de saúde ao nível de acesso, equidade, eficiência e qualidade dos cuidados.

Uma das mudanças mais significativas ocorrida nos sistemas públicos de saúde, sob influência da teoria da Nova Gestão Pública (NGP), tem sido a evolução para novos modelos de organização de cariz descentralizado e para a gestão por contrato, evidenciando-se a separação entre financiadores e prestadores de cuidados de saúde.

A contratualização de cuidados de saúde é um instrumento de gestão essencial, baseada no planeamento das necessidades em saúde e da oferta adequada de serviços públicos, tende a criar incentivos ao bom desempenho clínico e económico, a aumentar a acessibilidade sem prejudicar a qualidade da prestação dos cuidados, a promover uma

maior responsabilização e transparência no sector e, simultaneamente, a potenciar a obtenção de ganhos em saúde e uma melhoria generalizada da eficiência do sistema prestador.

Segundo estudo da OCDE (2006), a despesa pública em saúde em Portugal poderá atingir, em 2050, 13,1% do PIB. É neste quadro que têm ganho importância a procura de maior eficiência e eficácia do Serviço Nacional de Saúde (SNS), fundamentada quer numa dimensão orçamental/económica, motivada por compromissos externos, quer por uma dimensão ética. Se o SNS não for eficiente, no sentido de não evitar desperdício na afectação de recursos e no assegurar de cuidados adequados às necessidades da população, não contribui para ganhos em saúde e jamais poderá ser equitativo, acarretando custos sociais elevados e irreversíveis.

Neste contexto, e tal com acontece noutros países, a Reforma dos CSP em Portugal, insere-se numa reforma global da gestão da saúde, onde para além do objectivo primordial de promoção da saúde se procura garantir a sustentabilidade do SNS. Diversos projectos de mudança têm vindo a ser ensaiados (projectos Alfa, Regime Remuneratório Experimental, empresarialização dos hospitais e as primeiras experiências em contratualização), em especial a partir dos anos 90. Actualmente, procede-se à implementação de um novo modelo organizativo dos CSP: os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cuja gestão assenta na celebração de contratos programa.

Dada a importância atribuída à contratualização enquanto instrumento de gestão associado à reorganização dos CSP, pretende-se com este estudo traçar o percurso evolutivo da contratualização em Portugal, de modo a identificar o seu actual estado de arte. O tratamento do tema é desenvolvido em três capítulos. No Capítulo 1 procede-se ao enquadramento teórico da contratualização enquanto instrumento de gestão na

Administração Pública (AP), identificam-se as especificidades da sua aplicação ao sector da saúde e procede-se a uma ilustração com as experiências da Espanha e do Reino Unido.

No Capítulo 2 procede-se a uma apresentação sumária da evolução Sistema de Saúde Português de modo a permitir contextualizar o percurso do modelo gestor dos CSP até à actualidade e a sua relação com o processo de contratualização.

A análise da experiência portuguesa em contratualização com CSP é efectuada no Capítulo 3. Caracterizam-se as primeiras experiências encetadas na década de noventa, bem como as desenvolvidas a partir de 2006 com Unidades de Saúde Familiares (USF) e em 2010 com os ACES.

A dissertação termina com a apresentação de uma síntese dos factos que caracterizam a implementação e desenvolvimento futuro da contratualização com CSP em Portugal.

1. A Nova Gestão Pública e as Reformas dos Sistemas de Saúde

1.1 O contexto evolutivo da gestão pública

Os modelos de gestão utilizados na AP são fortemente influenciados pela evolução do pensamento económico, nomeadamente no que se refere à dimensão da intervenção do Estado na economia.

Acontecimentos como a crise de 1929 e a reconstrução pós-guerra sedimentaram argumentos para que a teoria keynesiana viesse a constituir o paradigma da política económica até aos anos 80. Rejeitando a obtenção de soluções eficientes e equitativas pelo livre funcionamento dos mercados, Keynes (1939) considerava fundamental a intervenção do Estado na condução da economia de forma a atingir o pleno emprego. Segundo Lane (2005), uma das grandes vantagens do keynesianismo firmava-se na importância atribuída às políticas sociais (educação, saúde, segurança social, etc.) e no efeito do correspondente investimento público na dinamização da economia, promoção do emprego e justiça social. O Estado passa, assim, a desenvolver de forma crescente a administração dos serviços públicos e a provisão de bens sociais (Estado de Bem Estar). No que concerne à gestão da AP foi seguido o *modelo profissional* (Rocha, 2000), com origem na Teoria da Burocracia de Weber (1978). Na concepção tradicional weberiana, a coordenação hierárquica caracteriza-se pela definição de áreas de actuação, relações do tipo superior/subordinado e confiança nas regras e nos registos. O recurso à hierarquia é a solução que permite a supervisão e o controlo das actividades e, simultaneamente, o controlo de recursos humanos e de objectivos organizacionais. Este modelo foi amplamente implementado na AP, com o argumento de que deveria existir um controlo por parte dos líderes das organizações públicas, de modo a que a actuação

da administração fosse um prolongamento do Governo, leal à sua agenda política (Suleiman, 2003).

Nos anos 70, quando a crise petrolífera desencadeia uma recessão económica mundial sem precedentes, o paradigma keynesiano foi fortemente questionado e, consequentemente, o *modelo profissional* de gestão da AP. A necessidade de controlar o crescimento da despesa pública, a percepção dos cidadãos em relação à qualidade dos serviços públicos, a incapacidade de controlar uma administração ineficiente, são factores que pressionam a adopção de formas de governação baseadas em modelos económicos mais liberais (Pollitt *et al.*, 2000).

Da mesma forma que a teoria Keynesiana suportou o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar, o peso crescente das teorias económicas integradas no novo institucionalismo económico (teoria da escolha pública, teoria do agente principal) produz um forte impacto no desenho de modelos políticos. Segundo estas teorias, a provisão pública de bens e serviços seria ineficiente em virtude quer da tendência dos administradores e profissionais para procurarem servir os seus próprios interesses quer da ausência de responsabilização pelos actos de gestão praticados. A teoria do agente principal sustenta a necessidade de encontrar esquemas de incentivos que permitam garantir que os objectivos dos gestores (*agentes*) vão de encontro aos interesses dos financiadores (*principais*) (Feldman & Khademiam, 2002), explicando a necessidade de elaboração de contratos onde se estipule claramente os direitos e obrigações de cada parte.

Tal influência justificou a passagem de actividades tradicionais do Estado para o sector privado e determinou o estabelecimento de contratos e mecanismos de responsabilização institucional. Neste sentido, e com o objectivo de redução da despesa

pública, foi desenvolvido um conjunto de diferentes medidas da actuação do Estado e da organização da sua administração.

O *modelo profissional* de organização administrativa começou a ser substituído, a partir de meados do século XX, pelo *modelo gestor* associado ao Estado Neoliberal ou Contratualista, resultando no advento da Nova Gestão Pública (NGP). Segundo este movimento, existiria uma superioridade dos sistemas de gestão privada relativamente aos de gestão pública de índole burocrática, pelo que era defendida a gestão profissionalizada, a definição de padrões de desempenho, a gestão por resultados, a racionalização de custos e a proximidade ao consumidor/utente.

A NGP visa a substituição de formas de coordenação baseadas na hierarquia por formas de coordenação baseadas no mercado ou quase-mercados¹ (Reed, 2002). Procura-se introduzir a competição através da separação entre financiador e prestador e da implementação da gestão por contrato. A mudança visa pôr fim às hierarquias de índole burocrática, integrando-as em redes de financiadores e prestadores, o que acarreta consequências imediatas para o papel do Estado (Ferlie *et al.*, 1996; Reed, 2002).

Ao basear as suas funções no mercado e na contratualização, o Estado promove uma reconfiguração de poderes na prestação dos serviços, em virtude de uma separação entre política e administração. O Estado passa a actuar ao nível da regulação global, monitorizando e corrigindo o desempenho das várias instituições, no sentido de garantir que este atinge o definido como socialmente desejável. Simultaneamente, existe uma redefinição de responsabilidades individuais e colectivas (Clarke & Newman, 1997) com a definição de indicadores (desempenho, eficiência/custo e avaliação da qualidade) para avaliação das instituições públicas (Goedegeburre & Meek, 1998).

¹ O quase-mercado difere do mercado tradicional em vários aspectos: as organizações não têm como objectivo principal a maximização do lucro, o poder dos utentes não é expresso em termos financeiros e existe uma terceira parte capaz de defender os seus interesses (LeGrand & Bartlett, 1993).

Os contratos tornam-se cruciais neste novo tipo de gestão. Segundo Du Gay e Salaman (1996), a contratualização pode ser definida pela possibilidade de imputar o desempenho de uma função ou actividade a uma unidade de gestão distinta – individual ou colectiva – que é tida como responsável pelo desempenho eficiente dessa mesma função ou da condução de uma actividade.

A autonomia, no sector público, acaba por se traduzir numa descentralização confinada à responsabilização pelos gastos, introduzindo o envolvimento dos gestores na definição do seu orçamento. É nesta perspectiva que se procura melhorar os sistemas de informação de custos para suportar o planeamento de contratos e melhorar as formas de avaliar a eficiência - através da criação de centros de custo específicos para as unidades, programas e projectos. No entanto, por vezes, ocorre também um aumento moderado do controlo central (Hood *et al.*, 2000), o que transparece na definição unilateral, pela gestão de topo, dos objectivos organizacionais a atingir e da forma de os alcançar com base nos contratos estabelecidos.

A descentralização em conjunto com a contratualização dão origem a uma mudança dos regimes de regulação e controlo institucional que deixam de se apoiar nos *inputs* e passam a ser organizados com base nos resultados, traduzidos sob a forma de objectivos e indicadores quantitativos pré-estabelecidos. Segundo Pollitt (2003), acaba por existir uma maior preocupação com os objectivos do que com a forma de os atingir.

Embora seja reconhecida a importância da descentralização na NGP (Pollitt *et al.*, 1998), o seu êxito parece estar condicionado à existência de um ambiente de sustentação para o desenvolvimento da capacidade administrativa e da destreza na implementação das decisões (Reed, 2002; Ferlie *et al.*, 1996). Quando estas condições não são satisfeitas, a descentralização produz resultados negativos pela fragmentação de

serviços, perda de equidade, manipulação de interesses e fragilização das funções reguladoras do sector público (Saltman *et al.*, 1998).

Por outro lado, é possível observar uma certa insensibilidade ao considerar o cidadão apenas como um consumidor. Esta orientação para o consumidor é contrariada na prática com os imperativos de aumentar a produtividade e reduzir os custos e com a exigência de definir contratos para a prestação de serviços, o que dita o afastamento das instituições públicas de uma concepção e desenvolvimento definidos a partir das exigências do consumidor (Bolton, 2002; Ferlie *et al.* 1996).

1.2 A influência da NGP nas reformas dos sistemas de saúde

1.2.1 A contratualização como instrumento de gestão

A influência da NGP, transversal a toda a reforma da Administração Pública, manifesta-se também no sector da saúde. Disso são reflexo as alterações observadas na administração de serviços de saúde, como sejam (Saltman e Figueras, 1997): a) a criação de sistemas de incentivos e desenvolvimento de mecanismos de financiamento relacionados com a produção e desempenho; b) a contratualização de serviços; c) a autonomia organizacional dos prestadores; d) o reforço do poder de intervenção (*empowerment*) dos utentes face ao sistema.

No que diz respeito à procura, desenvolveram-se mecanismos de partilha de custos (racionalização do financiamento) ou mesmo o estabelecimento de prioridades no acesso a cuidados, a par do estabelecimento de estratégias de prevenção de saúde e da promoção dos cuidados primários enquanto “porta de entrada” ao sistema público.

Dois factores explicam a existencia de quase-mercado no sector da saúde: a importância do conceito de saúde para a sociedade e as consequências da assimetria de informação

existente nas relações entre prestador-doente, prestador-gestor e gestor-políticos². Assim, a competição procura efectivar-se através da separação entre financiador e prestador e subsequente implementação da gestão por contrato entre financiador público (normalmente sob a forma de agência financiadora regional) e os prestadores descentralizados (hospitais com estatuto de empresa pública, centros de cuidados primários ou unidades integradas de saúde, públicas, ou privadas).

Um dos instrumentos introduzidos na maioria das reformas dos sistemas de saúde foi a constituição de *agências* (organizações semi-autónomas responsáveis pela execução das políticas públicas) que permitia a separação financiador/prestador e a avaliação dos resultados de gestão organizacional, segundo o novo institucionalismo económico.

A aplicação da teoria de agência ao sector público (Eisenhardt, 1988) determina que a delegação de funções em agentes autónomos, privados ou públicos, permite ganhos de eficiência no fornecimento dos serviços, comparativamente ao modelo burocrático de gestão pública³. Desta forma, a teoria permite sustentar a ideia de que a contratualização se apresenta como a única forma de aumentar a responsabilização dos agentes perante os principais (cidadãos e políticos).

Segundo James (1999), existem três elementos caracterizadores do modelo de agência que são importantes na estrutura das organizações públicas: i) a separação das grandes organizações em unidades semi-autónomas; ii) a responsabilização pessoal do gestor público pelo desempenho da organização; iii) a monitorização dos resultados e metas da

² De acordo com a Teoria da Agência, “uma relação de agência ocorre quando o principal delega alguns direitos a um agente (supostamente com mais capacidade e conhecimento) que está obrigado através de um contrato (formal ou informal) a representar os interesses do principal em troca de uma remuneração de qualquer espécie” (Eggertsson, 1995). No âmbito de uma relação de agência pressupõe-se que o agente desenvolva determinadas tarefas a mando de um principal e em benefício deste. Logo, o sucesso do principal, que ganha eficiência com perda de autonomia/poder está dependente da actuação do agente.

³ Contudo, segundo Escoval (2003) existe a possibilidade de não ocorrerem ganhos de eficiência, podendo mesmo verificar-se uma quebra na qualidade dos serviços prestados, sobretudo quando o processo de regulação não está adequadamente organizado.

agência de modo a proteger os interesses dos beneficiários da organização (contribuintes, utilizadores do serviço, políticos).

As agências passam a dispor de um conhecimento especializado sobre as matérias que estão a implementar, o que tradicionalmente acarreta três tipos de problemas numa relação agente/principal (Horn, 1995; Ferris e Graddy, 1986):

- Risco moral: os interesses das partes nem sempre são coincidentes, podendo gerar comportamentos oportunistas após a celebração do acordo, em virtude de não se conhecer à partida o modo de actuação do agente;
- Assimetria de informação: mesmo conhecendo a acção do agente, o principal não tem como avaliar se foi a mais apropriada para os seus interesses dado não dispor da informação detida pelo primeiro;
- Custos de transacção: dados os problemas anteriores, a relação poderá acarretar um custo que advém do facto do principal confiar no agente ao invés de despende de tempo e dinheiro para reunir as mesmas capacidades.

A teoria dos custos de transacção foi determinante para a reestruturação das relações organizacionais, em especial na coordenação de actividades através da contratualização. England (2000) refere a possibilidade de explicarmos a contratualização a partir daquela teoria (Williamson, 1979) como uma forma de obter a minimização dos custos e a máxima transparência nas relações entre os actores do sistema de saúde. Assim, a contratualização surge como um instrumento de melhoria de funcionamento das instituições, minimizando o risco de oportunismo (risco moral) dos agentes e minorando a incerteza associada às transações.

Podemos então dizer que a contratualização se assume como um novo instrumento de governação, em que as relações entre financiadores e prestadores se baseiam em contratos que traduzem a explicitação entre financiamento atribuído e os resultados

esperados, pressupondo a autonomia e responsabilidade das partes e a existência de um sistema de informação que permita um planeamento e uma avaliação eficazes. Neste sentido, apresenta-se como um processo de negociação de objectivos de desempenho com os prestadores, resultando num compromisso explícito entre ambas as partes que implica responsabilização, obrigação de prestar contas (*accountability*) e transparência. Assim, visa contribuir para o alinhamento estratégico da acção de todos os *stakeholders* do processo, implicando a existência de um claro sistema de incentivos e penalizações de modo a dar consequência aos compromissos assumidos.

O sistema de incentivos é essencial para alinhar os interesses do agente e os do principal. No que diz respeito à prestação de um serviço público, a atribuição de incentivos é feita pelo financiador (principal) ao prestador (agente) através, por exemplo, da atribuição de parcela extra de financiamento, como resultado do cumprimento do negociado.

Os contratos estabelecem um princípio de compra e venda de cuidados de saúde entre utilizadores e prestadores, abarcando várias dimensões (Escoval, 2003): i) implementação de sistemas de planeamento e incremento à competição entre serviços prestadores; ii) são celebrados a partir de um processo negocial que compatibiliza interesses de utilizadores (ou seu representante: uma 3ª entidade ou uma Agência) e prestadores; iii) englobam a avaliação das necessidades dos utilizadores, dos recursos disponíveis, de afectações alternativas e dos resultados esperados; iv) devem explicitar, face à actividade prevista, que recursos afectar, a que necessidades, a que utilizadores, a que preço, com que objectivos e em que período de tempo.

Segundo Ensor *et al.* (1997)⁴, a tipologia das relações contratuais advém quatro factores: as partes contratantes, o estatuto legal dos contratos, o conteúdo dos contratos e a abrangência da contratação.⁵

A. O estatuto legal dos contratos

De acordo com Flynn e Williams (1997), deve ser feita a seguinte distinção:

- 1) Contratação *soft*: os contratos têm um baixo grau de formalidade e as partes contratantes têm interesses mais aproximados; as relações entre financiador e prestadores dependem da cooperação e da continuidade dos contratos pelo que legalmente são os que têm menos probabilidades de serem obrigatórios;
- 2) Contratação *hard*: assenta em objectivos bem estabelecidos, exigindo um quadro rigoroso de acompanhamento e eventuais penalizações em caso de incumprimento; as partes contratantes são relativamente autónomas e defendem activamente os seus interesses (competição e oportunismo).

O papel dos compradores na contratualização depende do estatuto legal dos prestadores. Quando contratam com prestadores privados, as autoridades de saúde actuam como compradores com direitos e responsabilidades (*contratos hard*). Quando contratam com prestadores públicos, as autoridades de saúde actuam como agentes cumprindo deveres acordados (*contratos soft*).

B. Conteúdo dos contratos

- 1) Contratos globais: o comprador acorda pagar um valor em troca do acesso a um conjunto de serviços definidos; não contemplam a especificação do número de

⁴ Citados por Escoval (2003).

⁵ Para análise da influência das partes contratantes – modelo de financiamento e organização do sistema de saúde vigentes na Europa – ver Figueras *et al.* (1997) e Saltman e Figueras (1997).

utilizadores nem do custo por utilizador; podem incluir um volume máximo de serviços a prestar e a metodologia de monitorização da qualidade; predominam devido às dificuldades no apuramento de custos;

- 2) Contratos custo-volume: representam um aperfeiçoamento dos anteriores em que o pagamento por serviços é mais explícito relativamente aos serviços oferecidos; pode obrigar a que o comprador pague uma quantia específica por um número determinado de pacientes numa determinada especialidade;
- 3) Contratos por acto: um único custo é atribuído a cada item de serviço ou prestação; de uso limitado já que requer informação de custos extremamente detalhada.

C. Abrangência da contratação

Define o alcance das relações reguladas pela contratação, sendo a mais frequente aquela em que o comprador contrata com o prestador individualmente.

Aos diferentes contratos estão associados diferentes riscos. Os contratos globais ou os de custo-volume são utilizados quando os contratantes preferem minimizar o seu risco, pois estão associados ao pagamento custos reduzidos em casos adicionais. Nos contratos custos por caso tratado, os contratantes têm maior liberdade de escolha dos prestadores mas correm o risco de, aumentos imprevistos de casos, terem de pagar o custo total inerente ao trabalho específico. Idealmente, os contratos não devem espelhar apenas a relação qualidade-preço nem permitir que as penalizações previstas em caso de incumprimento sejam suportadas pela comunidade.

Associado à complexidade dos serviços de saúde e aos efeitos da competição num quase-mercado, o processo de contratualização não pode obedecer a um modelo

uniforme. Porém, podem ser identificados aspectos transversais aos processos de contratualização adoptados no sector da saúde (Robinson & LeGrand, 1995; England, 2000; Figueras *et al.*, 2005):

- Para ser bem sucedido, o processo de contratualização deve, em simultâneo, planear a separação financiador-prestador e a concessão de maior autonomia organizacional e de gestão aos prestadores;
- A contratualização é extremamente exigente em termos de qualificação técnica e motivação dos recursos humanos, exigindo a reconversão das burocracias tradicionais da administração de saúde;
- O processo de contratualização implica a negociação, implementação e monitorização de regras e contratos, pelo que gera custos de transação que diminuem os ganhos de eficiência que as reformas pretendem introduzir;
- A prática da contratualização implica inteligência e sofisticação na concepção de sistemas de incentivos adequados cuja implementação deve ser rigorosa, particularmente nas fases iniciais, e contribuir para uma cultura de cumprimento.

Apesar da sua frequente utilização, a contratualização levanta algumas questões pertinentes. Uma das mais prementes será a que se refere à equidade. É possível que a contratualização, ao dar prioridade a actividades ou serviços mais lucrativos, não tenha em atenção os grupos mais vulneráveis e comunidades mais desfavorecidas. Por outro lado, apesar do propósito da contratualização ser o aumento da eficiência e o controlo de custos, é possível que o seu efeito seja precisamente o oposto. Na realidade, os contratos podem implicar um aumento de custos, quer por via do processo que conduz à sua concretização (como a negociação, monitorização e avaliação de resultados), quer por via indirecta já que o seu funcionamento eficiente implica uma melhoria dos

sistemas de informação e dos recursos humanos mobilizados (que não possuem competências para desenvolver o processo de negociação).

O financiamento público é um dos problemas críticos das actuais reformas. Estas surgem num contexto de recessão económica e embora o objectivo principal seja a redução de custos, a sua implementação implica algum investimento para o qual o Estado não parece ter capacidade de resposta (Saltman *et al.*, 1998).

1.2.2 A contratualização no panorama internacional: os casos do Reino Unido e da Espanha

Apresenta-se a seguir uma análise mais detalhada da contratualização no Reino Unido e Espanha, países com processos mais desenvolvidos e com maior semelhança com Portugal no que se refere à organização dos sistemas de saúde.

Espanha

O sistema público de saúde em Espanha, integrado na segurança social, apresenta como principais características: cobertura universal⁶; financiamento por receitas fiscais; organização e gestão ao nível da Administração Central e serviços descentralizados à escala regional.⁷

A reforma realizada na década de 80 apostou sobretudo (Duran *et al.*, 2006): 1) na universalização da cobertura; 2) na introdução de benefícios em termos de co-pagamentos; 3) na descentralização local dos cuidados; 4) na distribuição financeira para os serviços regionais; 5) na qualidade dos cuidados primários; 6) na gestão e organização do sistema e sua informatização; 7) na gestão das listas e tempos de espera.

⁶ Existe uma dupla cobertura em algumas situações, tal como em Portugal.

⁷ Em termos de organização geográfica, existem os centros de saúde, os serviços distritais de saúde e um hospital em geral por área (geográfica) de saúde.

A reforma teve início em 1984 ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), mas o passo considerado mais importante deu-se em 1986, com a implementação do *General Health Care Act*. A partir daí, o sistema de saúde espanhol sofreu um processo de descentralização, de um organismo central (*Instituto Nacional de la Salud* - INSALUD) para o nível local, com a criação de 17 Comunidades Autónomas (CC.AA) que exercem competências no planeamento em actividades de saúde pública e assistência à saúde. Os serviços de saúde de nível primário encontram-se agora organizados com base num critério territorial, estando definidas diversas *Áreas Básicas de Salud* (ABS) ou *Zonas Básicas de Salud* (ZBS) que compreendem as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença e se caracterizam pela grande acessibilidade e suficiente capacidade técnica de resolução dos problemas de saúde mais frequentes.

Os cuidados primários (*atencion primaria*) representam a porta de acesso ao sistema, assumindo a função de coordenação e gestão dos casos e são apoiados pelos cuidados especializados (*atencion especializada*). Estes dois níveis foram reformulados e colocados no mesmo plano assistencial, facilitando-se a complementaridade entre ambos. Este novo modelo organizativo que impulsionou uma actuação em torno de cuidados assistenciais integrados e de qualidade não estava contudo isento de algumas fragilidades, como sejam: rigidez laboral e de gestão, sistema retributivo uniforme e escassa implementação de incentivos. Pelo que, desde a década de 90, foram surgindo os contratos programa com o estabelecimento de objectivos e incentivos associados ao desempenho e de contratos de gestão para a aquisição de serviços. Podem ser identificadas quatro fases no percurso da contratualização (Quadro 1).

Quadro 1- Percurso da Contratualização em Espanha

1993	Introdução do primeiro Contrato Programa que tinha carácter voluntário e contemplava apenas quatro cláusulas: prestação de serviços de saúde, gestão das urgências, melhoria de qualidade e do financiamento.
1994/96	Os Contratos Programa previam os objectivos e critérios para alcançar, cinco grupo de cláusulas referentes a financiamento, prestação de serviços, organização dos serviços, qualidade e descentralização.
1997/98	Os Contrato Programa passaram a incluir outras matérias: formação continua, princípios institucionais, incentivos e a coordenação com os cuidados especializados.
1999	Os Contrato Programa passaram a designar-se por Contratos de Gestão, ainda que sem muitas alterações significativas no clausulado.

Fonte: elaboração própria

O actual modelo de contratualização visa melhorar a eficiência técnica, criar um ambiente mais competitivos e favorecer a descentralização na tomada de decisão, apresentando duas características: i) dotação dos centros de saúde de autonomia e incentivos suficientes para cumprir os objectivos de prestação de cuidados de saúde de qualidade a toda a comunidade; ii) negociação com cada centro de saúde de modo a fixar objectivos organizacionais, carteira de serviços, satisfação dos utentes, uso racional de medicamentos, incentivos, entre outros aspectos.

Os elementos chave deste modelo de contratualização têm sido a formação de equipas, a direcção participada por objectivos, como resposta à rigidez das estruturas de gestão e a coexistência de várias formas jurídicas de organização, com delegação de responsabilidades na gestão dos serviços.

Reino Unido

O sistema de saúde britânico tem por base um sistema nacional de saúde (*National Health Service* – NHS). Os cuidados primários são uma forte componente do sistema e funcionam como um serviço de primeira linha.

O Reino Unido presenciou um percurso de contratualização ao longo de trinta anos marcado pelo experimentalismo. Podemos distinguir seis fases na implementação de mecanismos de contratualização (Quadro 2).

Quadro 2 - Percurso da Contratualização no Reino Unido

1990/97	General Practitioner Fundholding (GPFH) <i>Orientação estratégica:</i> separação financiamento/prestação <i>Conceitos:</i> função de agência, avaliação de necessidades, contracting <i>Características:</i> carácter voluntário; contratos livres; atribuição de incentivos à eficiência <i>Participação:</i> adesão de metade dos médicos
1994/98	Total Purchasing Pilot (TPP) <i>Orientação estratégica:</i> consagração política das iniciativas locais em 1994 <i>Características:</i> atribuição de orçamentos para a aquisição de serviços hospitalares e na comunidade <i>Criticas:</i> impacto modesto, atrasos na fixação de orçamentos, reconhecimento de um notável trabalho em equipa (discussão de casos, consensualização de protocolos de práticas clínicas)
1998/00	Locality/General Practitioner Commissioning Pilots <i>Orientação estratégica:</i> fim do GPFH, continuação da orientação do NHS para os Cuidados de Saúde Primários; publicação de um programa para dez anos para a renovação do NHS, aproveitando a aprendizagem do passado (sistema de cuidados integrados, parcerias, acordos, desempenho); formalização dos grupos em 1998 <i>Características:</i> 40 grupos de trabalho colaboram para uma maior influência colectiva sobre a contratualização, tornando as autoridades de saúde mais sensíveis às necessidades locais e à visão do doente
1999/02	Primary Care Groups (PCG) Os PCG passam a ser os responsáveis pela aquisição de serviços da rede de Cuidados de Saúde Primários.
2004	Primary Care Trusts (PCT) Os PCG extinguem-se e dão lugar aos PCT, actualmente serão mais de 150.
2004	Practice Based Commissioning (PBC) <i>Características:</i> abordagem da contratualização com base na prática; aplicável a todos os clínicos gerais <i>Motivação para a sua implementação:</i> :insucesso de algumas organizações; insuficiente envolvimento dos prestadores; diferentes modalidades em todo o território (<i>primary care led commissioning</i>)

Fonte: elaboração própria

O actual modelo de contratualização (*Practice Based Commissioning* - PBC) apresenta como principais características a centralização dos contratos, a aproximação dos

processos decisórios à comunidade, a aprendizagem com base na experimentação, a existência de modelos diversificados com diferentes níveis de responsabilidade e incentivos.

Têm vindo a ser implementadas várias ferramentas para a contratualização, entre as quais a designada *Accountability for Reasonableness* que visa contribuir para assegurar processos decisórios mais transparentes e credíveis. Assim, perante a ausência de orientações locais claras, permite salvaguardar as decisões de contratualização de: risco de inconsistência da prática, iniquidade do tratamento e vulnerabilidade organizacional ao desafio legal.

Com vista a uma adequação dos serviços de saúde, o *Department of Health* solicita aos prestadores de cuidados contratualizados a apresentação de planos estratégicos e operacionais para 5 anos, abarcando as parcerias que pretendem estabelecer com as autoridades e outras entidades (públicas e privadas), de forma a assegurar que as necessidades de saúde e bem-estar locais estejam a ser bem percepcionadas e atendidas.

A contratualização de cuidados de saúde primários apresenta diversas variantes, entre as quais se destacam: a) *General Medical Services (GMS)* – contratualização estabelecida com os médicos de clínica geral, desde 2004; b) *Personal Medical Services (PMS)* – contratos alternativos aos GMS e distinguem-se destes pelo seu carácter de proximidade com a comunidade; c) *Alternative Provider Medical Services (APMS)* – modalidade em que os PCT podem contratualizar com um leque alargado de prestadores para a provisão de serviços adaptados às necessidades específicas locais. d) *Primary Care Trust Medical Services (PCTMS)* – os PCT podem também prestar serviços, empregando directamente funcionários (tempo inteiro, parcial ou pontualmente) para a prestação de um conjunto completo de serviços.

É dada grande importância à formação e ao apoio aos prestadores de cuidados contratualizados. O *Department of Health* identifica as áreas chave nas quais o PCT deverá prestar suporte aos *GP e practice based commissioners*, nomeadamente no que diz respeito a competências relacionadas com gestão financeira, processo de contratualização e linhas de orientação para constituição de uma equipa PBC.⁸

A contratualização é estabelecida com base nos chamados serviços melhorados (*enhanced services*) que visaram colmatar uma lacuna nos serviços básicos permitindo a prestação de cuidados para além dos especificados de forma *standard* e assim reduzir a procura de cuidados secundários. Aqueles englobam, por exemplo, programa de imunização infantil, cuidados para os sem abrigo e serviços mais especializados para a esclerose múltipla.

Na avaliação das metas contratualizadas foram observadas características comuns aos PCT com melhor desempenho, entre as quais: i) definição clara das funções e responsabilidades do PCT e consórcios; ii) dados mensais precisos e comparativos ao nível local; iii) proximidade com a comunidade; iv) subsídio para a gestão e esquemas de incentivos para promover a actividade numa área de importância estratégica; v) envolvimento relevante do PCT nas decisões de contratualização; vi) delegação orçamental formal nos consórcios, com prestação de contas.

A falta de progresso no PBC nalgumas práticas clínicas deveu-se, segundo o *Department of Health*, aos seguintes factores: falta de uma visão suficientemente forte e partilhada entre os PCT e os *practice based commissioners*; apoio insuficiente para o desenvolvimento da capacidade e aptidão para o PBC; deficiente qualidade da

⁸ Estabelecimento de um grupo de trabalho, em que médicos, enfermeiros, e outros profissionais de saúde, partilham uma estratégia de actuação clara perante a constituição de um PBC, enveredando num processo de responsabilização colectiva.

informação no apoio ao PBC; confusão de responsabilidades e relações entre PCT e os *practice based commissioners*.

Segundo o *Department of Health*, a contratualização e a reconfiguração de serviços são fundamentais para: a) alocar poder o mais perto possível dos doentes, b) envolver as equipas de cuidados primários na configuração activa e na gestão de circuitos de cuidados, c) quebrar a fronteira entre os cuidados primários e os cuidados secundários.

Actualmente, começa, porém, a verificar-se pressão sobre o modelo PBC para que se adapte à necessidade de estabelecer continuidade na prestação de cuidados aos utentes. A criação de uma rede de *parcerias clínicas locais* poderá ser eventualmente a nova tendência no sistema de saúde britânico, constituídas por médicos de família, outras entidades comunitárias e especialistas de cuidados secundários. Estas novas entidades seriam responsáveis pela prestação e contratualização de serviços, com total responsabilização pela saúde das populações.

2. Evolução e caracterização dos Cuidados de Saúde Primários

2.1 Percurso do Sistema de Saúde Português

A fim de enquadrar o aparecimento da figura da contratualização enquanto instrumento de gestão, importa proceder à análise da evolução do sistema de saúde em Portugal, em especial da componente dos CSP.

Em Portugal coexistiam diversos tipos de unidades de saúde até 1946⁹, ano em que com a publicação da Lei nº 2 011, de 2 de Abril, apenas regulamentada em 1968, se criou um padrão organizativo de serviços, assente num sistema regionalizado, voltado para a organização e hierarquização técnica dos vários serviços existentes e a criar (Reis, 1999). A prestação de serviços, da responsabilidade da Previdência Social, era essencialmente constituída por cuidados ambulatoriais e assentava nos profissionais de actividade liberal, cobrindo todo o território nacional.

Após a criação da Direcção Geral dos Hospitais (anos 50) e do Ministério da Saúde (MS) (anos 60), foi possível estabelecer um sistema de cuidados de saúde com características tipo Bismarkiano, onde a população empregada e seus dependentes, recebiam cuidados de saúde pagos cuja despesa era financiadas por contribuições sociais (empregados e empresas). A prestação de cuidados hospitalares era assegurada principalmente pelas Misericórdias e outras entidades de carácter religioso, com subsídios assegurados pelo Estado que assumia apenas um papel supletivo. A posterior intervenção reguladora do Estado permitiu-lhe a introdução de princípios e normas de gestão e funcionamento dos hospitais daquelas organizações.

⁹ Durante os séculos XVIII e XIX assistiram-se a inúmeras alterações nos serviços de saúde com a contratação de médicos assalariados encarregues pela saúde pública e estabelecimento de hospitais públicos, que complementassem os cuidados já prestados pelas Misericórdias, assim como a fundação de hospitais-escola. Em 1901, regulamenta-se a organização dos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”. Em 1945, aprova-se a lei que regulamenta os cuidados de maternidade, saúde infantil, lepra e saúde mental.

É na década de 60 que surgem os mais tarde denominados sub-sistemas de saúde¹⁰ que consubstanciam formas de seguro, de base profissional e normalmente de inscrição obrigatória (Campos, 1983).

No início da década de 70, o sistema de saúde português apresentava um conjunto fragmentado de serviços de saúde de natureza variada¹¹, com limitações em termos de acesso e dos cuidados prestados. A despesa com a saúde situava-se nos 2,8% do PIB e apresentava indicadores socio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então (Barros e Gomes, 2002). Em 1971, a reforma de Gonçalves Ferreira, concretizada com a publicação do Decreto-Lei nº 413/71 (criação dos Centros de Saúde) e do Decreto-Lei nº 414/71 (regime das carreiras profissionais), veio introduzir profundas alterações organizativas e até mesmo conceptuais na estrutura do sistema de saúde. Segundo Ferreira (1989), revalorizou-se a área de intervenção dos cuidados primários, introduzindo uma nova lógica de funcionamento num sistema até então centrado principalmente na actividade hospitalar, complementada pela actividade ambulatoria da Previdência Social.

Após o 25 de Abril de 1974, e em especial com a Constituição da República de 1976 que consagrou o direito à saúde, começaram a ser criadas as condições políticas, sociais e económicas para a criação em 1979 do Serviço Nacional de Serviço (SNS) - Lei nº 56/79, de 15 de Setembro - enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à protecção da saúde. O acesso gratuito é garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição económica e social, mas contempla-se a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das

¹⁰ Como por exemplo a Assistência na Doença aos Serviços do Estado (ADSE), os Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ) e os Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários (SAMS)

¹¹ Hospitais do Estado, e das Misericórdias, postos médicos dos serviços médico sociais da Previdência, serviços de saúde pública, médicos municipais, serviços especializados de saúde materno-infantil, tuberculose, doenças psiquiátricas, entre outras, e um sector médico privado em particular na área dos cuidados ambulatoriais.

prestações. O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social, é dotado de autonomia administrativa e financeira e assenta numa estrutura descentralizada e desconcentrada, dispondo de serviços de centros comunitários de saúde e de serviços prestadores cuidados diferenciados (hospitais gerais e especializados).

Nos anos 80 são avançadas medidas necessárias para implementar o SNS, ao mesmo tempo que se observam influências europeias a favor do fortalecimento do papel do sector privado. A revalorização deste está patente na área de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cujo mercado é ainda hoje detido em mais de 90% pelo sector privado (ERS, 2006). Surgem as primeiras barreiras no acesso ao SNS com a introdução de taxas moderadoras e com redução da comparticipação dos medicamentos pelo Estado. O Decreto-lei nº 254/82, de 29 de Junho, anuncia um modelo organizativo da saúde baseado na descentralização/desconcentração, através da criação de dezoito Administrações Regionais de Saúde (ARS)¹², coincidentes com os distritos, as quais coordenavam principalmente a actividade dos Centros de Saúde.

Ao período liberalizante dos anos oitenta e princípio dos anos noventa, sucede-se na Europa, um outro que visa melhorar a administração pública na saúde, no sentido de lhe conferir maior flexibilidade e capacidade de inovação: i) torná-la mais empresarial; ii) com serviços centrados no cidadão/cliente; iii) substituir uma gestão dos recursos por uma gestão de resultados.

¹² Mais tarde o Decreto-lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, criou, em substituição das anteriores, cinco novas Administrações Regionais de Saúde, uma por região de saúde (Norte, Centro Lisboa, Alentejo e Algarve). As ARS têm personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio. De acordo com o Decreto-lei nº 335/93, de 29 de Setembro, incumbe às ARS funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas superiormente definidas. As ARS desdobram-se em 18 Sub-regiões de saúde, de nível distrital, funcionando na dependência das ARS e a sua actividade abrange a gestão de recursos e apoio técnico e administrativo ao funcionamento dos CS.

A revisão constitucional de 1989, a Lei de Bases da Saúde¹³ de 1990 e a aprovação do Estatuto do SNS¹⁴, enquadram juridicamente a prestação de cuidados por outros entes públicos ou privados (com ou sem fins lucrativos), para além do sector público. Pelo que o Sistema de Saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades que desenvolvem a promoção, a prevenção e o tratamento na área da saúde e ainda todas as actividades privadas e profissionais liberais que acordassem com o SNS a prestação de alguma daquelas actividades à população.

A Lei de Bases da Saúde preconizava a gestão de unidades de saúde segundo regras de gestão empresarial, conferindo aos serviços centrais do MS, o exercício de funções de regulamentação, orientação, planeamento e inspecção. Desta forma, o Estado deixa de ser o único financiador e prestador, constituindo-se, sobretudo, como regulador dos diversos intervenientes no sistema.

Nos anos 90 assiste-se à implementação em Portugal do processo de contratualização, primeiro nos Hospitais e só posteriormente nos CSP, como ferramenta fundamental numa nova ideologia de gestão. Procura-se inverter o paradigma tradicional de gestão do sistema de saúde: a passagem de uma gestão de índole hierárquica para uma gestão por contratos, assente na responsabilização das instituições de saúde pelo incumprimento dos resultados face aos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado.

No início de 2000, a saúde liderava as prioridades da política social do país, mas enfrentava as restrições financeiras decorrentes da consolidação orçamental imposta pela União Económica e Monetária. Entre 2002 e 2005, foram tomadas algumas medidas de relevo, nomeadamente: o novo regime jurídico dos Hospitais¹⁵ (implementação de 31 hospital-empresa), a preparação de parcerias público-privadas, a

¹³ Lei n° 48/90, de 24 de Agosto.

¹⁴ Decreto-Lei n° 11/93, de 15 de Janeiro.

¹⁵ Decreto-Lei n°206/2004, de 19 de Agosto.

Rede de Cuidados de Saúde Primários¹⁶ (CSP) e a Entidade Reguladora da Saúde¹⁷ (OPSS, 2005).

Em Março de 2005 (XVI Governo Constitucional), a reforma dos CSP ganha novo alento que vai subsistindo até à presente data. Pode destacar-se o renascimento da contratualização e o reinício da reforma dos CSP, com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), das Unidades de Saúde Familiares¹⁸ (USF) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde¹⁹ (ACES). Este impulso de reforma implicou a negociação e celebração, em parceria com o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)²⁰, dos contratos programa com os Hospitais de Sector Publico Administrativo (SPA) e Empresarial do Estado (EPE), a contratualização com as USF e ACES baseada em indicadores de acesso, de desempenho assistencial, de qualidade percebida e de desempenho económico, como alternativa aos meros volumes de produção (OPSS, 2008).

2.2 Cuidados de Saúde Primários: da génese às reformas dos anos 80 e 90

A reforma organizacional do SNS apresenta, ao nível dos CSP, particularidades que interessa dar especial destaque, sobretudo tendo em conta o âmbito deste trabalho.

Centros de Saúde de 1ª geração

A criação dos CS em Portugal, enquadrada na reforma de Gonçalves Ferreira, data, como referido, de 1971 (Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro). Este diploma tinha como objectivo reorganizar os serviços do então Ministério da Saúde e da Assistência, de forma a adequá-los ao Estatuto da Saúde e Assistência, aprovado pela Lei n.º 2120,

¹⁶ Decreto-Lei nº60/2003, de 1 de Abril.

¹⁷ Decreto-Lei nº309/2003, de 10 de Dezembro.

¹⁸ Despacho Normativo 9/2006.

¹⁹ Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Janeiro.

²⁰ Actualmente designado como Administração Central do Sistema de Saúde.

de 19 de Julho de 1963. Prevvia-se revalorizar a área de intervenção dos CSP e introduzir uma nova lógica de funcionamento num sistema até então centrado na actividade hospitalar, complementada pela actividade ambulatoria da Previdência Social (Ferreira, 1989).

Pretendia-se que os CS funcionassem com base num modelo que representasse a união dos dispensários de saúde materno-infantis, e dos serviços de saúde pública, disponíveis a toda a população e coexistindo com os serviços de saúde prestados pelos vários “Postos das Caixa de Previdência”. O que na realidade apenas se verificou após a publicação de legislação de suporte à criação do SNS em 1979.

Apesar do esforço desenvolvido, as medidas de reestruturação do sector da saúde nunca foram muito perceptíveis. Para este relativo insucesso contribui o facto dos objectivos da criação de uma rede de CSP nunca terem sido verdadeiramente conhecidos, quanto mais desejados, pelos principais agentes deste processo (Campos, 1984).

Centros de Saúde de 2ª geração

A “segunda geração” de centros de saúde teve início em 1983²¹, após a criação do SNS e da nova carreira médica de clínica geral. Integrou os primeiros CS, os numerosos postos dos ex-SMS e os hospitais concelhios. Estes CS continuaram a ser entidades sem personalidade jurídica nem autonomia administrativa e financeira, dependentes das ARS e respectivas Sub-Regiões (SRS).

O processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na optimização de recursos, mas não conseguiu melhorar, de forma consistente, algumas das virtudes das componentes anteriores, nomeadamente, a grande acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias oferecidas pelos SMS e a

²¹ Despacho Normativo nº97/83, de 22 de Abril.

programação de objectivos de saúde e procedimentos, que caracterizavam as actividades dos CS com sucessos objectivados em diversas áreas, nomeadamente, na área materno infantil (Sakellarides, 1984). No entanto, a sua implementação contribuiu para que Portugal se tornasse num caso único, com perto de 90% da população inscrita no respectivo médico de família (Rebelo, 2003).

Este modelo organizativo, apesar de ter permitido a afirmação da carreira médica de clínica geral, mostrou-se desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes. O que acrescido ao normativismo e tutela centralista distante das SRS e das ARS, contribuiu para a insatisfação de muitos dos seus profissionais (Ramos, 1995).

Centros de Saúde de 3ª geração

Na segunda metade da década de 90 há um novo impulso de mudança nos CSP, assumindo-se a intenção de proceder a uma reforma de fundo. Assiste-se a um processo de reconceptualização experimental da organização dos CSP, através de um conjunto de iniciativas sequenciais que seguidamente se descrevem de modo sucinto.

O *Projecto Alfa* foi a primeira tentativa impulsionada pelos profissionais dos CS para testar novos modelos de trabalho em equipa. O projecto, implementado na ARS de Lisboa e Vale do Tejo em 1996, tinha por objectivo “proporcionar autonomia em troca de uma responsabilização objectiva pela melhoria do acesso e da qualidade” (OPSS, 2004). Pretendia-se incentivar a capacidade de iniciativa de grupos de médicos de família em colaboração com outros profissionais, para organizarem de forma inovadora o seu trabalho e cuidarem adequadamente de uma lista de utentes. Entre 1996 e 1999, constituíram-se 15 grupos. A avaliação dos primeiros nove grupos indica que houve melhorias no acesso, na satisfação dos utentes e dos profissionais, além duma maior racionalidade da prescrição (OPSS, 2004)

O Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral²², surgiu na sequência do Projecto Alfa. Consistia numa nova modalidade remuneratória para os médicos, associada à quantidade de trabalho e qualidade do desempenho profissional. O sistema de pagamento era misto: uma componente salarial fixa, uma parte calculada por capitação ponderada e ainda o pagamento ao acto para algumas tarefas específicas (Biscaia *et al.*, 2006). Segundo a Comissão de Acompanhamento e Avaliação, os grupos assim organizados conseguiam disponibilizar cuidados a mais utentes, com redução do custo por utente (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Com a publicação do Decreto-lei nº 157/99, de 10 de Maio, pretendeu-se criar um quadro para a organização dos CSP, agrupando os CS de 2ª geração em CS de 3ª geração. Estes novos CS são dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, consagrando uma matriz organizativa baseada em Unidades de Saúde Familiares (USF) (Campos, 1999).

O processo de contratualização, enquanto instrumento de separação progressiva entre financiador e prestador, ganha alento com o Despacho Normativo nº 61/99, de 12 de Novembro. As Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde são denominadas *Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde*, funcionando junto das ARS. De acordo com o diploma legal que esteve na sua origem²³, consistem numa instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração, com a missão de explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, promovendo uma utilização eficiente e eficaz dos recursos públicos afectos à prestação de cuidados de saúde.

Os sistemas de informação emergem como uma ferramenta essencial do processo de mudança. Permitem avaliar mudanças organizacionais baseadas na remuneração pelo

²² Decreto-lei nº 117/98, de 5 de Maio.

²³ Despacho Normativo nº 46/97, de 8 de Julho.

desempenho, e na contratualização, tanto ao nível da utilização de recursos públicos, como da adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades da população.

Entre 1999 e 2003 vive-se um vazio legal, uma vez que o Decreto-Lei nº 157/99, que aprovava a constituição de CS de 3ª geração, nunca chegou a ter efeitos práticos. O Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, estipula um novo modelo organizacional para os CSP. Nomeadamente, a criação de uma Rede de Cuidados de Saúde Primários constituída pelos CS integrados no SNS e pelas entidades do sector privado, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor²⁴. Nenhum dos modelos preconizados alterou o modo de funcionamento dos CS, o que na opinião de Ramos (2004) se deve à sua implementação “por via normativa *top-down*”.

2.3 A Actual Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: recomeçar em 2005

O Programa do XVII Governo Constitucional atribuiu especial atenção à reorganização dos CSP, destacando a sua importância como garante de uma prestação de cuidados de *saúde aos cidadãos mais próxima, adequada, efectiva e eficiente*.

No estudo elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - “Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos CSP” - foram definidas como linhas da reforma, entre outras: 1) a reconfiguração e autonomia dos CS; 2) a implementação de USF; 3) a implementação de Unidades Locais de Saúde; 4) o desenvolvimento de competências dos recursos humanos e, de Sistemas de Informação.

Foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)²⁵, “com o propósito de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da

²⁴ Decreto-lei nº 60/2003, de 1 de Abril, Artº 1, nº 2.

²⁵ Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005

estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF” (Ministério da Saúde, 2005).

O novo modelo organizativo dos CS deveria transformar os CSP nos alicerces do SNS, contribuindo para isso uma maior orientação para os utentes, desburocratizando e flexibilizando a gestão, aumentando o trabalho em equipa, tentando implementar instrumentos de melhoria contínua da qualidade e incentivando a contratualização de responsabilidades e de contrapartidas para os prestadores de cuidados.

O referido Grupo Técnico (2009) salienta como objectivo da reforma ultrapassar limitações conhecidas da administração pública portuguesa, presentes também ao nível da saúde, entre as quais identificam: a) cultura intrínseca de comando-e-controlo pouco conducente à experimentação, aprendizagem empírica, inovação e adaptação aos novos desafios; b) grande peso da gestão corrente (por falta de efectiva descentralização e responsabilização) que limita o espaço necessário para uma gestão mais estratégica; c) recursos humanos não suficientemente diferenciados em certas áreas da gestão, do planeamento e do desenvolvimento organizacional; d) instrumentos operacionais insuficientes, especialmente, ao nível de tecnologias de informação e comunicação.

2.3.1 Unidades de Saúde Familiares – primazia ao acesso

O Decreto-lei nº 88/2005, de 3 de Junho, restabeleceu o Decreto-lei nº 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS, reestruturando-os em unidades funcionais, com particular ênfase nas USF. Mais tarde com a publicação do Despacho Normativo 9/2006 foi possível estabelecer o “Regulamento para o Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiares”.

As USF são unidades operativas dos CS, formadas por equipas multiprofissionais, de especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros e outros profissionais de saúde, com vista a uma prestação de cuidados de saúde mais próxima dos cidadãos.

A criação das USF resulta de candidatura de base voluntária, com elevado grau de envolvimento dos profissionais de saúde na escolha das suas equipas, assumindo pressupostos de autonomia organizacional, exigindo o cumprimento de um plano de acção, com base no desempenho, de acordo com os objectivos pré-definidos e co-responsabilização de toda a equipa.

As Equipas Regionais de Apoio (ERA) foram constituídas com o propósito de proporcionarem apoio às candidaturas promovendo e estimulando a criação de novas Unidades de Saúde Familiar. Ao mesmo tempo que desenvolveram os mecanismos de monitorização, apoio e acompanhamento de projectos já instalados e constituíram um importante elo de ligação entre a MCSP e as ARS. Considera-se que estas equipas multiprofissionais motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca, constituem o principal activo e a mais-valia estratégica das USF, e consequentemente, estarão capacitadas para conduzir a reforma dos CSP

O processo de implementação tem evoluído de forma sustentada encontrando-se em actividade 229 USF, sendo que, até ao dia 21 de Dezembro de 2009, na MCSP deram entrada 388 candidaturas. As principais dificuldades associadas à constituição de novas USF prendem-se a mobilidade dos profissionais e a adequação de instalações.

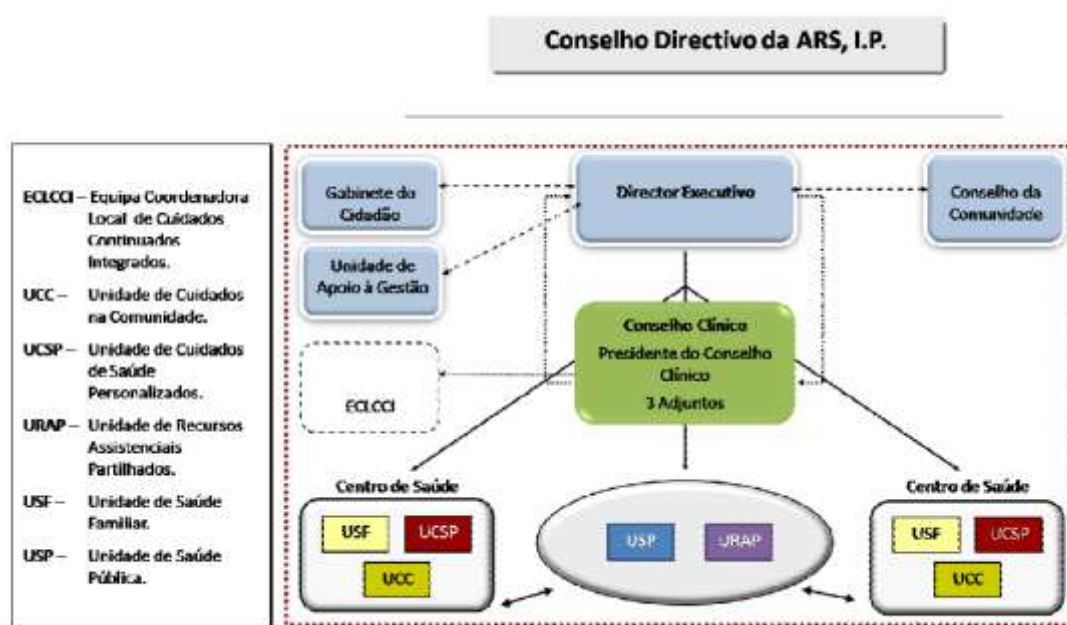
Naquilo a que se refere ao processo de contratualização, de acordo com o Despacho Normativo nº9/2006, as ARS, nomeadamente os Departamentos de Contratualização (DCARS), são as entidades responsáveis pela avaliação e acompanhamento das USF, mediante a definição de um conjunto de normas, e um painel de indicadores de

monitorização. A temática da contratualização com USF será desenvolvida no capítulo 3.

2.3.2 Agrupamento de CS: um novo modelo de organização

Criados pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais (UF) que integram um ou mais CS (ver Figura 1). Têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica²⁶.

Figura 1: Estrutura Orgânica do Agrupamento de Centros de Saúde



Adaptado de Luis Pisco, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008

Esta nova arquitectura organizacional dos CS assenta em duas componentes complementares:

²⁶ Apenas em Abril de 2009 tomaram posse dos respectivos Directores Executivos.

- Uma rede de pequenas equipas multiprofissionais, descentralizadas e autónomas, com caracter estrutural permanente: i) USF e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) - para fins de prestação de cuidados à pessoa e à família; ii) Unidade de Cuidados Continuados (UCC) e Unidade de Saúde Pública (USP) - para assegurar intervenções na comunidade, e para desenvolver programas e projectos com alcance populacional;
- Concentração de meios e recursos escassos, de uso comum para beneficiar de economias de escala: Conselho Executivo e Unidade de Apoio à Gestão (para fins de gestão organizacional); Conselho Clínico (para harmonização e liderança técnico-científica); Conselho da Comunidade (para organizar a participação da comunidade); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (apoio ao funcionamento das unidades multiprofissionais descentralizadas).

Os Conselhos Clínicos dos ACES configuram a oportunidade de fazer convergir três dinâmicas essenciais para a promoção da saúde dos cidadãos e das comunidades: prestação de cuidados centrados na pessoa e na família (USF e UCSP), intervenções criteriosas em grupos com necessidades especiais de saúde no âmbito da comunidade (UCC e USP) e abordagens de caracter epidemiológico e populacional na zona de influência do ACES. Pela primeira vez é possível, em Portugal, ao nível dos CSP, falar de governação clínica e de saúde. Esta abordagem combina componentes de *clinical governance*, iniciada no Reino Unido (derivada dos métodos e processos de melhoria continua da qualidade nos cuidados de saúde e de segurança do doente) com a corrente de *health governance* orientada para objectivos de ganhos de saúde e de bem-estar a nível de grupos e populações (Chandra, 2004).

O novo modelo organizacional dos CSP prevê a criação de 74 ACES. Actualmente estão em funcionamento 68. Denota-se algum desalento em relação ao modo como a sua implementação tem decorrido, sobretudo no que diz respeito ao desejo de descentralização que a reforma preconizava.

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, estipula também a extinção das sub-regiões de saúde a partir do momento em que são criados os ACES²⁷. Assim, estes passam a reunir, sob a mesma Direcção, vários Centros de Saúde, absorvendo algumas competências das sub-regiões na gestão de recursos humanos e financeiros. No ponto 3 do artigo 2º do referido diploma pode-se ler que “os ACES são serviços desconcentrados da respectiva Administração Regional de Saúde, I. P., estando sujeitos ao seu poder de direcção”. Uma unidade institucional desconcentrada administrativamente não tem autonomia jurídica a financeira. A autonomia administrativa de que dispõe, significa que: os dirigentes podem tomar decisões de gestão corrente com base no respectivo orçamento; são financiados via Orçamento do Estado, através de duodécimos; por não terem personalidade jurídica estão impossibilitadas de ter património, receitas próprias, recorrer ao crédito ou celebrar contratos.

Porém, e na sua essência, a desconcentração acaba por ser centralizadora já que uniformiza resposta e enfatiza o papel da máquina administrativa central (Pereira *et al.*, 2009). No âmbito da reforma em curso, centralizar grande parte da gestão nas ARS, constitui um cenário com vários inconvenientes: a) Não vai ao encontro do espírito da reforma dos CSP que privilegiava um modelo descentralizado, adaptado às necessidades dos cidadãos e das expectativas dos profissionais de saúde; b) Não assegura a celeridade das respostas, quer no que diz respeito ao funcionamento interno do ACES, quer perante

²⁷ Através da publicação de diversas Portarias em Maio de 2009 – uma por ACES.

entidades externas; c) Não permite aos directores executivos uma gestão profissional, responsável e motivadora;

O desenvolvimento do modelo de contratualização e acompanhamento dos ACES tem por base a experiência adquirida com as USF. Pretende-se a criação de um contrato programa (CP) aglutinador da actividade do ACES que represente os compromissos assumidos internamente com as UF, nomeadamente as UCSP, através de cartas de compromisso, seguindo uma metodologia já utilizada para as USF. Neste domínio, é muito importante o apoio dos DCARS aos Directores Executivos (DE) dos ACES, uma vez que são já detentores de experiência em contratualização. A temática da contratualização com ACES será desenvolvida no capítulo 3.

3. A contratualização como instrumento de gestão

3.1 As Primeiras Experiências de Contratualização (1996-2000)

3.1.1 As Agências de Contratualização

Nos anos noventa, sob a influência da NGP, assistiu-se na administração do SNS ao desenvolvimento da Função de Agência como garante da qualidade e adequação dos serviços prestados ao cidadão, assente na separação entre financiamento e prestação de cuidados de saúde.

As Agências de Acompanhamento²⁸, posteriormente de Contratualização²⁹, dos Serviços de Saúde (ACSS) surgem em 1996 como um instrumento para uma nova política da saúde. Foram concebidas como uma instância intermédia de intervenção no sistema – com representação dos cidadãos e da administração - na dependência hierárquica da respectiva ARS. As ACSS visavam a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e zelar pelos interesses de quem paga (os cidadãos), directa ou indirectamente, os cuidados de saúde.

A sua actuação traduz-se no processo de contratualização, isto é, na negociação de objectivos de desempenho, incluindo os económicos, com os prestadores de cuidados de saúde, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre as partes.

Instrumento chave da contratualização é o Orçamento Programa (OP) que deve reflectir o compromisso entre as perspectivas dos cidadãos (necessidades de saúde), da Administração Central (estratégia de saúde) e das ACSS (critérios de evidência epidemiológica e clínica, de custo/efectividade e equidade). Esperava-se que dessa forma fosse possível a definição de objectivos de produção e de produtividade, tendo

²⁸ Despacho Normativo n.º 46/97, de 08 de Agosto.

²⁹ Despacho normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro.

por base a valorização das expectativas de acessibilidade, qualidade e ganhos em saúde, ao mesmo tempo que se procurava otimizar a utilização dos recursos distribuídos.

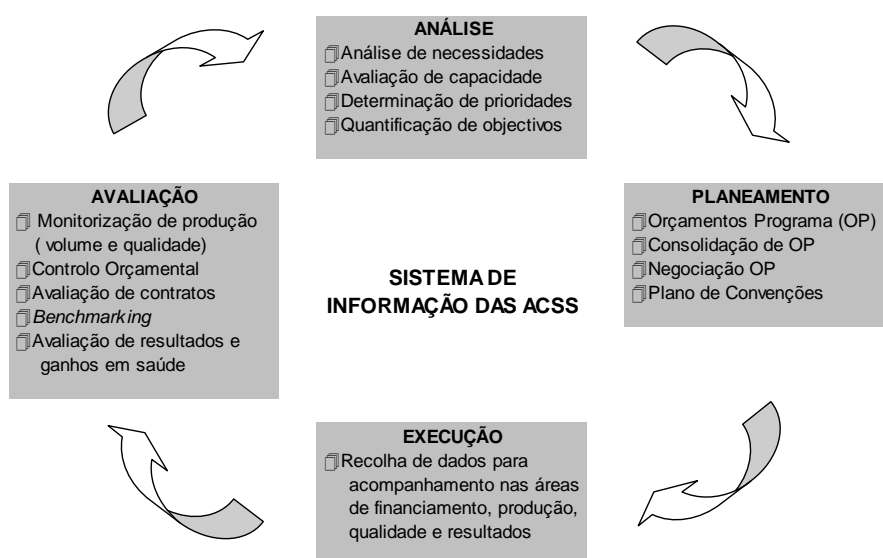
Pretendia-se que a afectação de recursos passasse progressivamente a ser feita com base num processo de contratualização a três níveis: 1) entre a Administração Central e as Administrações Regionais de Saúde; 2) entre as ARS (através das respectivas Agências) e as diversas instituições de saúde (Hospitais e CS); 3) nos Hospitais e CS, entre os seus centros e departamentos ou unidades operacionais de prestação de cuidados de saúde.

Uma das ideias chaves associadas à implementação da contratualização era a tentativa de modificar a modalidade de pagamento aos Hospitais, em geral, e aos CSP, em particular, através da substituição do financiamento baseado no custo histórico pela operacionalização de um orçamento “contratado” que tivesse em consideração as especificidades da produção do sector da saúde. Pretendia-se, assim, a elaboração de orçamentos baseados na previsão de custos reais, de modo a evoluir, posteriormente, para um modelo que tomasse em consideração as necessidades em saúde.

Neste contexto, os sistemas de informação surgem como consequência da necessidade de implementação de um novo modelo de gestão que integrasse: i) o desenvolvimento de indicadores para o acompanhamento da contratualização; ii) o apoio regular à contratualização com as diferentes entidades através da recolha, tratamento e preparação da informação; iii) serviços de formação e consultadoria nas áreas informática e financeira, por intermédio da equipa de das agências.

A implementação do novo modelo de gestão queria-se suportada por um conjunto de actividades agrupadas nas fases clássicas da gestão: análise, planeamento, execução e avaliação (Figura 2).

Figura 2: Fases e Actividades do Sistema de Informação para as ACSS



Fonte: DGS - Relatório de Avaliação das Agências de Contratualização, 1999.

De referir que foram criadas, em concordância com o pressuposto de centralidade do cidadão no modelo, as Comissões de Acompanhamento Externo de Serviços de Saúde. O principal objectivo era a veicular informação dos serviços de saúde aos utentes e transmitir a opinião dos utentes aos serviços de saúde.

Mas a falta de apoio político à contratualização demonstrado pelo Ministério da Saúde a partir de 2000 contribuiu para o progressivo abandono do processo. Da experiência desenvolvida pelas ACSS evidenciou-se o seguinte: i) o desenvolvimento de sistemas de informação de apoio à contratualização é um factor crítico de sucesso; ii) introdução de maior clareza quanto à forma como são aplicados os recursos públicos; iii) identificação de pontos de ineficiência e quantificação de capacidades instaladas insuficientemente aproveitadas; iv) registo dos primeiros sinais de modificação do padrão habitual de prestação de cuidados, procurando adequá-los às necessidades da população; v) obtenção de um compromisso para a melhoria de produtividade e redução

de ineficiência, traduzindo-se na produção contratualizada e nos orçamentos económicos acordados (Escoval, 2003).

3.1.2 A Agência de Contratualização da Região de Lisboa e Vale do Tejo

A ACSS da Região de Lisboa e Vale do Tejo (tal como a do Alentejo) destacou-se pela iniciativa tendente à adopção de uma contratualização com os CS. Em 1996, inicia um modelo de orçamentação por programas dirigido aos CS, com base no histórico.

Em termos genéricos, o OP integrava um conjunto de informação que sintetizava a actividade prevista do CS, nomeadamente: a) Plano de Actividades; b) Estimativa de população-alvo; c) Orçamento Económico, suportado por custos históricos; d) Quadro demonstrativo da capacidade instalada em termos de recursos humanos; e) Quadros de programação das diferentes actividades, abarcando o número de actos/consultas a prestar, os recursos financeiros e humanos afectos, o custo por acto/consulta (Anexo 1); f) Plano de Investimentos; g) Quadros síntese que associavam a afectação de recursos humanos e financeiros às diferentes actividades (Anexo 2).

Este modelo possibilitava à Agência assinalar problemas de coerência interna ou de desvio em relação a tendências históricas nas propostas dos CS, bem como confrontar as proposta de actividades a desenvolver com uma grelha de indicadores de eficiência e eficácia standards a nível regional, relativos a acessibilidade e utilização, qualidade, produtividade e contenção de gastos. Os CS participantes assumiram a tarefa como um contributo para a caracterização das suas funções de produção, ao detalhar o consumo de recursos com cada tipo de actividade através de um trabalho de equipa. Por seu turno, a Agência considerou, dadas as limitações de informação, que a aprendizagem era muito mais importante que a negociação/confrontação e enveredou por um processo de discussões individuais baseadas na: i) comparação do número de serviços prestados

(com base nas normas e no histórico); ii) afectação de recursos por actividades; iii) desvios face às da médias regionais; iv) potencial desperdício e excesso de custos.

A monitorização nem sempre foi adequada à importância que representava para este modelo de gestão devido, quer aos maus *timings* do processo (geralmente a aprovação do OP acontecia já no decorrer do ano a que o documento dizia respeito), quer devido às limitações da Agência em termos de recursos humanos e disponibilização de informação.

Na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) a experiência prolongou-se até ao ano de 2006³⁰. A contratualização não se impôs devido, quer à alternância de forças políticas no Governo, que influenciavam os avanços e recuos na reforma dos cuidados de saúde primários, quer porque o processo em si padecia de algumas enfermidades (Cabral, 2001): a) o mesmo modelo de contratualização era aplicado a diferentes tipos de CS (tome-se o exemplo da afectação de recursos, incomparável entre CS com dimensões diferentes, como o CS de Sete Rios e o CS de Tábua; b) apesar da contratualização ser com a Direcção do CS, a quase ausência de hierarquia clínica ou de um corpo administrativo técnico dificultava a acção sobre prescritores para a prossecução dos objectivos acordados; c) o facto do CS não ter autonomia gestionária dificultava a separação entre prestação de cuidados e financiamento, já que a ARS acaba por absorver as duas funções.

Para Luz (2001), a criação da ACSS da ARSLVT permitiu introduzir uma maior transparência na utilização de recursos da saúde, ao criar instrumentos que permitiram um melhor controlo dessa utilização, desencadeando mecanismos de negociação interna em instituições abrangidas pelo processo. Mesmo assim, não se conseguiu influenciar o modo como esses recursos eram distribuídos. Por outro lado, os poucos avanços da

³⁰ Apenas sob a forma de apresentação de OP dos CS à ARSLVT já que a Agência deixou de intervir no processo.

determinação de indicadores de necessidades de saúde prejudicaram uma das dimensões básicas para a efectividade/equidade dos cuidados de saúde da comunidade não permitindo, por isso, dar mais relevo às questões relacionadas com a promoção da saúde (Luz, 2001).

3.1.3 O caso específico da SRS Setúbal (SRSS)

A primeira experiência em contratualização da SRSS decorreu no ano de 1998. Apenas alguns CS foram convidados pela ACSS da ARSLVT para apresentar o seu OP, dado tratar-se ainda de um projecto-piloto. A SRSS detinha muita da informação necessária à elaboração do OP (inscritos, produção, custos, etc.) que encaminhava até aos CS, os quais se encarregavam do preenchimento da matriz informática de suporte ao documento. Por seu turno, a Agência analisava as propostas recebidas à luz das normas emanadas do Conselho de Administração (CA) da ARSLVT e da Direcção Geral da Saúde. Numa fase final realizava-se então uma reunião, sob a direcção dum membro do CA, com todos os intervenientes para a discussão da proposta (afecção de recursos, número de serviços prestados) que constituiria a versão final do OP e explicitaria o compromisso assumido. De um modo geral, o enfoque da negociação era colocado em questões relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, até porque essa era a área em que os representantes da Agência (na sua maioria médicos) se sentiam mais à vontade para argumentar. Aos elementos da SRSS competia a função de ajudar o CS na defesa das suas propostas, tendo em conta o contexto em que desenvolviam a sua actividade.

Estávamos perante um processo de contratualização que era essencialmente externa, entre o CS e a Agência. A nível do CS, nem todos os profissionais estavam motivados para o cumprimento dos objectivos acordados, até porque muitas vezes não eram

ouvidos aquando da elaboração do OP. A monitorização era feita à distância pela Agência através de dados que solicitava à SRSS, pelo que a divulgação de desvios e consequente necessidade de correcção nem sempre era do conhecimento dos CS.

A partir do ano 2000, todos os vinte e um CS pertencentes à SRSS passaram a elaborar OP. Em virtude de uma maior experiência, e com o amadurecimento do processo de contratualização, a SRSS optou por alterar o seu modo de actuação:

1. Constituiu-se uma equipa de trabalho multi-disciplinar – Grupo de Apoio à Elaboração e Discussão dos OP – com representantes das diferentes áreas chave que os OP abrangiam (recursos humanos, contabilidade, planeamento e estatística, cuidados de saúde na comunidade e Saúde Pública) cuja função era apoiar os CS na elaboração dos OP, certificar a coerência dos valores apresentados, e participar nas reuniões de discussão/aprovação;
2. Passou a existir uma contratualização interna, feita a nível sub-regional, de modo a conseguir o envolvimento de todos os profissionais dos CS na prossecução dos objectivos traçados, à qual se seguia a contratualização externa entre a Agência e o Coordenador da SRSS, como representante do compromisso assumido pelos CS.

O Grupo de Apoio à Elaboração e Discussão dos OP foi determinante para o sucesso da contratualização interna. Os CS não detinham nem a informação, nem o saber para elaborarem os OP da maneira correcta. Por exemplo, era necessário proceder ao cálculo de custos por actividade, já que nenhum sistema de informação disponibilizava esses dados. Assim, optou-se por desenvolver uma metodologia interna de imputação de custos por actividade, a utilizar por todos os CS. A validação da matriz antes das reuniões de discussão permitiu economia de tempo e maior rigor na negociação. Para

além disso, como todos os CS passaram a utilizar o mesmo critério de preenchimento, foi possível comparar os resultados obtidos em termos de eficiência, produtividade, etc. Nas reuniões de contratualização interna³¹, a metodologia de discussão estava pré-estabelecida, baseando-se numa grelha de indicadores de referência regional e sub-regional (Anexo 3). Pretendia-se uma reunião de negociação séria, da qual resultasse o melhor compromisso possível para planear a actividade do CS face à sua capacidade instalada e base populacional. A versão aprovada do OP era utilizada na contratualização externa com a Agência, onde os CS eram representados pelo Coordenador Sub-Regional, enquanto defensor dos compromissos assumidos internamente.

Em consequência da aposta feita na seriedade do processo de contratualização, a monitorização também não foi negligenciada. Nessa fase, era função do Grupo de Apoio à Elaboração dos OP divulgar, trimestralmente, o apuramento de desvios face aos para objectivos acordados. Desta forma, era dado conhecimento aos CS do resultado da sua actividade, assim como se contribuía para a aceitação dos OP enquanto instrumento essencial de gestão.

Na SRS Setúbal, o processo de contratualização foi interrompido a partir de 2006, ano em que a ARSLVT deixou de solicitar a apresentação de OP aos CS. No entanto, deu-se continuidade à monitorização da actividade dos CS, em moldes semelhantes àqueles que eram utilizados para a monitorização dos OP.

³¹ As reuniões de contratualização interna contavam com a participação do Coordenador Sub-Regional, dos elementos do Grupo de Apoio à elaboração dos OP e dos representantes dos CS, regra geral, a Direcção

3.2 Contratualização com USF

As USF são pequenas unidades operativas dos CS, constituídas por uma equipa multiprofissional prestadora de cuidados de saúde a uma determinada população, dotadas de autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços.

O tipo de modelo de USF depende do desenvolvimento organizacional da mesma, estando previstos três níveis³². O *Modelo A* corresponde a uma fase de desenvolvimento que visa criar rotinas de trabalho em equipa, bem como de contratualização; o sistema remuneratório é equivalente ao habitual, havendo apenas lugar a incentivos dependentes da prossecução de determinados objectivos. No *Modelo B*, a relação entre o desempenho e remuneração é mais evidente, pelo que apenas deve ser implementado por equipas mais experientes. O *Modelo C* até à data sem aplicação prática, tem como base a elaboração de contrato programa com equipas do sector público, privado, cooperativo ou social.

O processo de contratualização (re)iniciou-se com as USF que começaram a sua actividade até Outubro de 2006 (inclusive). Nesta altura, com a reorganização dos CSP em curso, e ainda não se tendo iniciado a constituição dos ACES, a contratualização foi assumida entre os DCARS e as USF.

Uma vez constituídos os ACES e ultrapassada a fase de implementação destas novas estruturas, as ARS contratualizarão directamente com os ACES e estes, por sua vez, passarão a contratualizar internamente com as USF bem como com as restantes unidades funcionais que agregam.

³² Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

A assunção da função de contratualização pelas ARS, materializada pela constituição formal dos DCARS³³ representa um avanço em relação ao historial de contratualização no SNS, já que as extintas ACSS sempre funcionaram sem recursos e responsabilidades expressamente definidas. Porém, comparativamente, e em termos de missão, os DCARS têm uma função quase exclusivamente financeira (afecção de recursos), perdendo-se a componente de *empowerment* do cidadão.

A metodologia de contratualização concebida para as USF de modelo A, em funcionamento desde 2006, já contemplava a existência de incentivos institucionais. O desempenho da USF nas várias áreas contratualizadas³⁴ indicará se terá acesso ou não a um pacote financeiro para aplicar em formação, documentação, equipamentos, e reabilitação de infra-estruturas. Pelo que este incentivo institucional representa uma qualificação do investimento – isto é, a administração em saúde terá de tornar prioritário o investimento nas unidades que cumpram os objectivos contratualizados.

Após a publicação do Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, independentemente do modelo em que se enquadrem, todas as USF têm a possibilidade de receber incentivos institucionais. É prevista ainda a atribuição de incentivos financeiros³⁵ aos profissionais das USF a funcionar em modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das actividades específicas e os dos restantes profissionais – enfermeiros e pessoal administrativo- integrados na compensação pelo desempenho.

Actualmente, a matriz de indicadores a utilizar na contratualização com as USF é constituída por 49 indicadores³⁶, agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico. De modo a simplificar o processo, para a carteira básica de serviços, são contratualizados 15

³³ Despacho nº 22250/2005, de 25 de Outubro.

³⁴ Ver Anexo 4 onde se apresentam os indicadores objecto de contratualização definidos a nível nacional.

³⁵ Conforme critérios e condições definidos pela Portaria Nº 301/2008, de 18 de Abril.

³⁶ Podem ser consultados em Ministério da Saúde (2009).

indicadores, 13 dos quais comuns a todas as USF e 2 seleccionados por cada uma delas (Quadro 3).

Quadro 3: Indicadores de Contratualização com USF (mod. A) – ano 2010

ÁREA - Acesso
Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
Taxa de utilização global de consultas
Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil inscritos
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por mil inscritos
ÁREA - Desempenho Assistencial
Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em três anos)
Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
ÁREA - Qualidade Percepcionada
Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito ---score final)
ÁREA - Desempenho económico
Custo médio de medicamentos, por utilizador
Custo médio de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, por utilizador

Fonte: Elaboração própria

A definição de metas depende da negociação a ser efectuada entre a USF e o DCARS e deverá ter em atenção o comportamento dos indicadores na própria USF e nos CS envolventes. As metas deverão ser exigentes mas viáveis, com o fim de garantir que as características inerentes à constituição das USF tragam as melhores práticas em saúde, sem colocar em causa a implementação e desenvolvimento organizacional da equipa.

No que diz respeito aos indicadores referentes à carteira adicional³⁷ de serviços, as USF deverão ter pelo menos um indicador de desempenho que permita aferir a carga horária afecta com a produção estimada para cada uma das actividades. As carteiras adicionais de serviços a serem contratadas devem ser aprovadas do Conselho Directivo da respectiva ARS, sob parecer da ERA e do DCARS.

Paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica e à carteira adicional de serviços, cada USF deverá, obrigatoriamente, iniciar a

³⁷ Portaria n° 1368/2007, de 18 de Outubro.

implementação progressiva de um Plano de Auditoria Interna que permita a auto avaliação. Um dos pontos relevante do modelo implementado é o facto de se ter criado a obrigatoriedade das USF elaborarem um relatório anual que explicita o seu desempenho e factores explicativos de alguns dos resultados obtidos e que deverão ser considerados pelos DCARS na avaliação final, sempre que se justifique.

No que diz respeito à disponibilização de informação junto dos DCARS, tem-se assistido, gradualmente, à implementação do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), a nível nacional, junto de cada ARS. O objectivo é a recolha e sistematização de informação referente à actividade das USF de modo a induzir no processo de contratualização credibilidade, em virtude da possibilidade de avaliar, responsabilizar e diferenciar as boas práticas.

O processo de contratualização com as USF apresenta como base o facto de não se contratualizarem números de consultas ou outros actos, mas sim de indicadores de processo e de resultado. Este facto é relevante face ao modelo desenhado em 1997 para os CS. A escolha dos indicadores traduz uma preocupação com utentes vulneráveis ou de risco, com a acessibilidade, e também com critérios económicos (custos com medicamentos e MCDT). Pretende-se que a contratualização com os ACES siga os mesmos princípios aplicados às USF (Afonso, 2009).

3.3 Contratualização com ACES – os primeiros ensaios 2010/2011

O próximo desafio à contratualização em Portugal, decorre da experiência adquirida com as USF, e visa os ACES, bem como as suas restantes UF.

Para o ano de 2010, estando em curso a reorganização dos ACES, pretende-se aperfeiçoar a metodologia a utilizar na contratualização. Nesse sentido foram

implementados, experimentalmente, dois instrumentos previsionais: o Plano de Desempenho (PD) e o Contrato-Programa (CP).

O PD é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual: i) se caracteriza o ACES, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sócio-demográfico, socio-económico e de resultados em saúde; ii) são definidas prioridades para o ano seguinte; iii) são explicitados os recursos materiais, financeiros e humanos que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial.

O PD está organizado em nove áreas: 1) Caracterização; 2) Linhas Estratégicas; 3) Plano de Actividades; 4) Plano de Formação; 5) Mapa de equipamentos; 6) Mapa de recursos humanos; 7) Indicadores de Desempenho; 8) Plano de investimentos; 9) Orçamento-Económico. Os indicadores têm por base a população residente ou os utentes inscritos e podem referir-se a processos, coordenação de cuidados de saúde (entre prestadores do mesmo ou diferentes níveis de cuidados), resultados ou qualidade de registos.

O CP é o documento que o ACES deve outorgar com a ARS e está alinhado com o definido no PD, concretizando o compromisso assumido ao identificar explicitamente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das actividades a desenvolver pelo ACES. A contratualização com o ACES envolve indicadores definidos a nível nacional (14), a nível regional (cada região selecciona seis indicadores de acordo com áreas prioritárias de intervenção localmente definidas) e local (dos indicadores regionais, dois são escolhidos especificamente para cada ACES de acordo com as necessidades de saúde apuradas) (Quadro 3). Para além destes indicadores são também negociados valores de redução da despesa, nomeadamente com a prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Quadro 3: Indicadores de Contratualização com ACES – 2010
ACES Setúbal/Palmela

Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Nacional
Taxa de utilização global de consultas médicas
Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar
Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
Percentagem de utentes com PNV actualizado aos 13 anos
Percentagem de inscritos entre os 50-74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado
Incidência de amputações major em diabéticos na população residente (10.000 residentes)< 65 anos
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente (10.000 residentes)< 65 anos
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (Dose Diária Definida/1000 habitantes)
Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2)/ nº total de episódios
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador
Custo médio de MCDT facturados por utilizador
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Regional
Percentagem de mulheres entre os 25-64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos
Percentagem de devoluções aos CSP por falta de informação clínica e administrativa
Percentagem de consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em ambulatório
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Local
Percentagem de primeiras consultas no 1º trimestre de gravidez
Percentagem de diabéticos com 2 HbA1C nos últimos 12 meses, um em cada semestre
Percentagem de diabéticos com pelo menos 1 exame dos pés registado no ano
Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre

Fonte: elaboração própria

A definição de metas para cada indicador depende da negociação a ser efectuada entre a ARS e o ACES. As ARS devem negociar com cada ACES a actividade a desenvolver e os resultados a alcançar, tendo em especial atenção as necessidades em saúde da população abrangida num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, sem colocar em causa a sua implementação e o desenvolvimento organizacional da equipa.

Segundo MS (2009), o processo negocial a realizar entre as Regiões de Saúde e os ACES deve:

- ✓ Basear-se na avaliação das necessidades em saúde regionais e locais;
- ✓ Estimular a instituição de programas de governação clínica, por iniciativa do CC, que promovam a exercício da actividade clínica baseada na evidência científica, a eficiência e qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes;

- ✓ Fomentar o processo de contratualização interna bem como a constituição de diferentes unidades funcionais;
- ✓ Optimizar a utilização de recursos disponíveis, reservando-se o acesso aos cuidados secundários para as situações que exijam este grau de intervenção;
- ✓ Promover a qualidade do *report* económico-financeiro dos ACES e, consequentemente, das ARS;
- ✓ Promover a acessibilidade dos utentes pelo cumprimento, por um lado dos tempos máximos de resposta garantidos definidos na legislação em vigor e, por outro lado, pelo desenvolvimento de circuitos de coordenação e referenciação de utentes;
- ✓ Coordenar o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados hospitalares em ambulatório ou internamento e cuidados após alta, designadamente, cuidados continuados integrados paliativos, convalescença e domiciliários;
- ✓ Garantir o compromisso assumido na contenção de custos e sustentabilidade económica do SNS;
- ✓ Considerar o Índice de Necessidades em Saúde para a afectação de recursos financeiros³⁸.

O processo de contratualização tem dois momentos distintos: a Contratualização Externa, formalizada com a assinatura do CP, e a Contratualização Interna, formalizada com a assinatura de Cartas de Compromisso.

A contratualização interna consiste na definição da actividade que será desenvolvida pelas várias UF dentro do ACES, tendo em vista envolver os profissionais de saúde,

³⁸ Documento disponível em www.acss.min-saude.pt

responder às necessidades em saúde da população e às prioridades assistenciais definidas pelo DE e CC do ACES. A contratualização interna deve considerar para além dos indicadores específicos de cada UF, os indicadores constantes do PD e CP do ACES com o objectivo de evidenciar que do trabalho de cada equipa dependem os resultados assistenciais alcançados pelo ACES. O resultado deste processo termina com a proposta de PD do ACES, que o DE e Presidente do CC negocia com a respectiva ARS³⁹.

O processo de negociação interna e externa é dinâmico e contínuo. A contratualização interna não se encerra após a proposta do PD, cujo resultado global foi negociado numa primeira fase com as várias UF existentes no ACES. Na sequência do que for acordado entre o ACES e a ARS, serão ajustados, numa segunda fase, objectivos e actividades com as várias unidades. Assim, estão criadas as condições para finalizar o processo de contratualização interna através da assinatura da Carta de Compromisso.

O acompanhamento da actividade de cada ACES envolve o controlo (interno) e o monitorização (externa). O controlo interno é permanente e é da responsabilidade da UAG, devendo debruçar-se sobre os compromissos assumidos pelas diversas UF, por um lado, e sobre os compromissos assumidos com a assinatura do CP, por outro. Como tal deve a UAG apresentar relatórios de execução do CP e das cartas de compromisso ao DE/CC e às respectivas UF. É da responsabilidade do DE/CC analisar desvios e propor a implementação de medidas correctivas, a discutir formalmente com os Coordenadores das UF.

A monitorização do CP é realizada pelo DCARS. Sempre que necessário, o Conselho Directivo da ARS deve convocar o ACES para uma reunião semestral de acompanhamento, devendo ser analisados os resultados alcançados. Está prevista a

³⁹ Através de reunião de negociação, da responsabilidade do CD da ARS, apoiado pelo seu DCARS. O ACES é representado pelo Director Executivo (DE), fazendo-se acompanhar pelo Conselho Clínico e pelo Coordenador da UAG. Podem ser convidados a assistir, pela ARS, representantes de organismos do Ministério da Saúde. O processo negocial culmina com a assinatura do CP em sessão pública.

atribuição de incentivos de carácter institucional aos ACES, de modo a premiar o desempenho obtido ao longo do ano (Anexo 5).

No que diz respeito aos sistemas de informação, o SIARS é preponderante. Reúne informação de todas as aplicações informáticas utilizadas nas diferentes UF do ACES, encontrando-se em constante aperfeiçoamento de modo a viabilizar o acesso a informação credível que permita consolidar o processo de contratualização. Actualmente, disponibiliza um conjunto de relatórios que permitem acompanhar a evolução do valor dos indicadores contratualizados, sendo possível a desagregação de informação ao nível das USF e UCSP, bem como dos profissionais médicos que as compõe.

Em 2011, o processo de contratualização e a sofisticação da afectação de recursos deve permitir uma progressão efectiva da autonomização e responsabilização dos ACES pela efectividade dos cuidados de saúde prestados à população. Pretende-se aperfeiçoar o modelo de contratualização interna - entre DE/CC e USF - e rever os indicadores a utilizar na contratualização. Paralelamente, importa avançar com a contratualização para as diferentes UF do ACES, nos mesmos moldes do que já acontece com as USF, com o objectivo de aumentar a exigência, qualidade e satisfação em termos de prestação de cuidados de saúde.

Conclusão e perspectivas para o futuro

No âmbito das reformas da saúde e, decorrente da separação financiador-prestador, a contratualização visa introduzir, um método mais eficaz para atingir um melhor desempenho e *accountability*, ao definir um conjunto de serviços e um orçamento. Com efeito, têm sido identificadas como potenciais vantagens (England, 2000): i) a ligação entre afectações financeiras a outputs de actividades, resultados e padrões de consumo facilitando, ainda, a medição de melhorias em eficiência e eficácia; ii) a clarificação das funções e responsabilidades das partes potenciando uma maior responsabilização.

A implementação da contratualização não é um processo fácil, tendo sido identificadas como principais dificuldades (Hamel & Prahalad, 2000): i) falta de orientações claras e adequadas por parte dos governos; ii) dificuldade em associar objectivos e metas pré-fixadas e devidamente quantificadas ao orçamento da saúde; iii) desarticulação entre orçamento e execução financeira; iv) falta de um programa de reestruturação organizacional; v) insuficiente capacitação dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde.

Em Portugal, o facto de a primeira experiência de contratualização em CSP ter sido descontinuada (1996-2000) e o reinício do processo ser ainda recente - no caso das USF desde 2006 e no caso dos ACES desde 2010 - limita a possibilidade de se efectuar uma avaliação, tanto ao nível de ganhos em saúde para a comunidade, como em termos de ganhos de eficiência no financiamento.

Da apreciação global do processo desenvolvido até agora, é possível concluir que o modelo de contratualização adoptado diferencia-se dos utilizados na Espanha e no Reino Unido na medida em que os prestadores são mantidos no interior da esfera jurídica da AP e, conseqüentemente, observa-se uma continuidade de laços hierárquicos entre a administração de saúde e as instituições prestadoras. Os mecanismos

concorrenciais são mais secundarizados, justificando-se este desenho organizacional por princípios de prudência, na intervenção num sector fundamental e delicado como a saúde, e pela consciência de exiguidade dos instrumentos de avaliação (Escoval, 2003).

Como aspectos positivos da contratualização com CS salienta-se:

1. O desenvolvimento da função de Agência concretiza a separação entre financiamento e prestação e, assim, permite atribuir às instituições maior autonomia no cumprimento da sua missão enquanto prestadores públicos de cuidados de saúde, de modo transparente perante a Administração e os cidadãos;
2. A gestão dos CS por objectivos/metast assistenciais, com base em indicadores de produtividade e rentabilização da capacidade instalada;
3. A utilização do Contrato-Programa enquanto instrumento de gestão que traduz, com coerência e objectividade, a realidade assistencial e económico financeira dos CS, possibilitando práticas de acordo compromisso e verificação do seu cumprimento (responsabilização);
4. Conhecimento do valor de alguns indicadores, possibilitando a comparação relativa, dos indicadores de gestão dos CS.

É igualmente possível identificar um conjunto de factores que se mantêm como pontos de fragilidade do processo:

1. Os sistemas de informação não são ainda suficientemente robustos, devido à posição estratégica que representam no processo de contratualização, desde a avaliação de necessidades, monitorização e avaliação dos compromissos assumidos;
2. A avaliação de desempenho dos CS é feita através de indicadores estandardizados a nível nacional, podendo não traduzir da melhor as necessidades/ganhos reais de saúde a nível local;

3. A contratualização interna ainda é ainda incipiente dificultando a construção de equipas coesas e motivadas para o cumprimento dos compromissos assumidos, quer individualmente, enquanto UF, quer em termos de CS;
4. A atribuição de incentivos/penalizações no âmbito da avaliação do desempenho, apenas tem funcionado para as USF.

No seguimento das experiências actuais de contratualização com ACES e com USF, o desafio para o futuro centra-se a vários níveis: i) coordenação e monitorização da implementação do processo de contratualização; ii) produção de normativo legal de enquadramento à implementação do processo de contratualização; iii) promoção da intervenção de todos os intervenientes no processo de contratualização; iv) desenvolvimento e integração de sistemas de informação que sirvam de base de sustentação fiável a todas fases do processo contratualização; v) formação de recursos técnicos e humanos capazes de assegurar o correcto desenvolvimento de competências no âmbito da contratualização.

A contratualização em Portugal avança ao mesmo ritmo hesitante da reforma dos CSP, sem visão estratégica de longo prazo e fazendo fé na publicação avulsa de legislação. A contratualização é peça fundamental da reforma, tornando-se imperiosa a intervenção do Estado na sua definição, e a capacidade técnica dos actores no terreno (ACES, DCARS), para a construção de um processo justo e eficiente, que sirva de apoio a uma boa governação em saúde.

Bibliografia e Legislação

1. Bibliografia

- Agência de Contratualização de Serviços de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo (2000). "Relatório Final do Processo de Contratualização 2000 com as Instituições da ARSVT", Lisboa.
- Afonso, P. (2009). "Contratualização em Ambiente de Cuidados de saúde Primários". *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, Volume Temático 9, 59-64.
- Barros, P. (2009). *Economia da Saúde*, Almedina, Coimbra (2ª edição).
- Barros, P. e Gomes, J. (2002). "Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia: principais modelos de gestão hospitalar e eficiência na gestão hospitalar português", Gabinete de Análise Económica, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Barros, P. (1998). "The Black Box of Healthcare Expenditures Growth Determinants", *Health Economics*, 7, 533-544.
- Biscaia, A. (2006). "Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 67-69.
- Bolton, S. (2002). "Customer as King in the NHS", *The International Journal of Public Sector Management*, 15(2), 129-139.
- Cabral, M. e Silva, P. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa.
- Cabral, A. (2001). "Contratualização com Centros de Saúde: a experiência portuguesa", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 2, 13-26.
- Campos, A. (1999). "Administração Pública: Bloqueio e Desenvolvimento", In Livro de Homenagem a Augusto Mantas, APES, Lisboa.

- Campos, A. (1984). "Cuidados de Saúde Primários e Economia da Saúde: uma aliança e mútuo interesse, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (4), 21-29.
- Campos, A. (1983). *Saúde. O custo de um valor sem preço*, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lisboa.
- Chandra, S. (2004). "Clinical Governance: A fresh look at its definition". *Clinical Governance International Journal*, 9 (2), 87-90.
- Clarke, J. e Newman, J. (1997). *The Managerial State*. London. Sage.
- Deakin, N. e Walsh, K. (1996). "The Enabling State: the role of markets and contracts". *Public Administration*, 74, 33-34.
- Direcção Geral da Saúde (2004). " Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral", Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, Lisboa.
- Du Gay, P. e Salaman, G. (1996). "The Conduct of Management and Management of Conduct: contemporary managerial discourse and the constitution of the competent manager", *Journal of Management Studies*, 33(3), 263-283.
- Duran, A., Lara, J. e Waveren, M. (2006). "Health Systems in Transition: Spain", European Observatory on Health Systems and Policies.
- Eggertsson, T. (1995). *Economic Behaviour and Institutions*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Eisenhardt, K. (1988). "Agency and Institutional Theory Explanations: the case of retail sales compensation", *Academy of Management Journal*, 3, 448-511.
- England, R. (2000). *Contracting and Performance Management in the Health Sector – Some Pointers on How to do it*. Health Systems Resource Center, UK Department for International Development.

- Ensor, R., Witter, S. e Sheiman, I. (1997). "Methods of Payment to Medical Care Providers", In Witter, S. e Ensor, T. (Eds.), *An Introduction to Health Economics for Europe and the former Soviet Union*, J Whiting Books, England.
- Entidade Reguladora da Saúde (2006). "Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS", Lisboa
- Escoval, A. (2003). *A Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Factores Críticos do Contexto Português*. Tese para obtenção de grau de doutor em Organização e Gestão de Empresas. ISCTE, Lisboa.
- Feldman, M. e Khademian, A. (2002). "To Manage is to Govern". *Public Administration Review*, 62(5), 541-554.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. e Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*, Oxford, Oxford University Press.
- Ferreira, G. (1989). *Sistemas de Saúde e o seu Funcionamento*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Ferris, M. e Graddy, E. (1986). "Contracting Out: for what? with whom?", *Public Administration Review*, July/August 333-344.
- Figueras, J., Robinson, R. e Jakubowski, E. (2005). "Purchasing to Improve Health Systems Performance: drawing the lessons". EOHSP, Open University Press.
- Figueras, J., Saltman, R. e Mossialos, E. (1997). "Challenges in Evaluating Health Sector Reform: an overview", DP 8, The London School of Economics and Political Sciences.
- Flynn, R. e Williams, G. (1997). *Contracting for Health, Quasi Markets and the National Health Service*, Oxford University Press, Oxford.
- Goedegeburre, L. e Meek, L. (1998). "Os Padrões de Relação Governo-Universidade", *Boletim da Universidade do Porto*, 8, 32-33.

- Gravelle, H. (1999). "Capitation Contracts: access and quality", *Journal of Health Economics*, 18, 315-340.
- Gravelle, H. e Masiero, G. (2000). "Quality Incentives in a Regulated Market with Imperfect Information and Switching Costs: capitation in general practice", *Journal of Health Economics*, 19, 1067-1088.
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de saúde Primários (2009). "Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - um acontecimento extraordinário", Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Lisboa.
- Hamel, G. e Prahalad, C. (2000). "Competing for the Future", Harvard Business School Press, Boston.
- Hood, C. ; James, O. e Scott, C. (2000). "Regulation of Government: has increased, is it increasing, should it be diminished?", *Public Administration*, 778 (2), 283-304.
- Hood, C. (1995). "The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme", *Accounting, Organizations and Society*, 20 (2), 93-109.
- Hood, C. (1991). "A Public Management for all Seasons?", *Public Administration*, 69, 3-19.
- Horn, M. (1995). *The Political Economy of Public Administration*, Cambridge University Press, Cambridge.
- James, O. (1999). "Business Models and the Transfer of Business-Like Central Government Agencies." Paper presented at the American Political Science Association Annual Conference, Atlanta, Georgia.
- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S. e Walker, R. (2005). *The New Managerialism and Public Service Profession*, Palgrave-MacMillian, London.
- Lane, J. (2005). *Public Administration and Public Management – the principal-agent perspective*, Routledge, New York.

- LeGrand, J. e Bartlett, W. (1993). *Quasi -Markets and social policy*, Macmillian, Basingstoke.
- Luz, A. (2001). "Contratualização com os Centros de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo", *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, Volume Temático 2, 27-41
- Maynard, A. (2005). "European Health Policy Challenges", *Health Economics*, 14, 255-263
- Miguel, L. (2010). " Modelos e Gestão nos Cuidados de Saúde Primários". In Simões, J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Almedina, Coimbra.
- Ministério da Saúde (2009). "Metodologia de Contratualização Cuidados de Saúde Primários". Departamentos Contratualização Administração Regional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Grupo Estratégico Cuidados de Saúde Primários, Lisboa.
- Ministério da Saúde (2005). "Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários", Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Lisboa.
- Ministério da Saúde (1999). "Relatório de Avaliação das Agências de Contratualização" (documento de trabalho), Direcção Geral da Saúde, Lisboa
- Organization for Economic Co-operation and Development (2006). "Health Data 2006 – Statistics and indicators for 30 countries", OCDE.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (2008). "Relatório Primavera 2008 – Sistema de Saúde Português: riscos e incertezas", Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Observatório Português do Sistema de Saúde (2007). “Relatório Primavera 2007 – Luzes e Sombras: a governação da saúde”, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (2006). “Relatório Primavera 2006 – Um ano de Governação em Saúde: sentidos e significados”, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (2005). "Relatório Primavera 2005 - Novo Serviço Público da Saúde", Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (2004). "Relatório Primavera 2004 - Incertezas: gestão da mudança em saúde", Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (2002). "Relatório Primavera 2002 - " O Estado da Saúde e a Saúde do Estado", Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pereira, J. (1992). *Glossário de Termos e Conceitos*, Lisboa, APES.
- Pereira, P., Afonso, A., Arcanjo, M. e Santos, J. (2009). *Economia e Finanças Públicas*, Escolar Editora, Lisboa, 3.^a edição.
- Pollitt, C. (2003). *The Essential Public Manager*, Open University Press, Philadelphia.
- Pollitt, C. e Boukaert, G. (2000). *Public Management Reform: a comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford.
- Pollitt, C. , Bathgate, K. , Smullen, A. e Talbot, C. (2000). " Agencies: A Test Case for Convergence?". Comunicação apresentada na *Fourth Internacional Symposuim on Public Management*, 10-11 Abril, Roterdão, Holanda.

- Pollitt, C., Birchall, J. e Putman, K. (1998). *Descentralising Public Service Manegement*, Macmillian, London.
- Ramos, V. (2004). "Medicina Geral e Familiar: ideias chave", In *Medicina Geral e Familiar: da vontade*, MVA Invent, Lisboa, pp. 124-133.
- Ramos, V. (1995). " O que Deveria ser Melhorado nos Serviços Públicos de Saúde?" *Arquivos do Instituto Nacional da Saúde*, pp.20-21.
- Rebelo, L. (2003). " A Dimensão Família", In *Medicina Geral e familiar: da memória*, MVA Invent, Lisboa, pp. 124-133.
- Reed, M. (2002). "New Managerialism, Professional Power and Organizational Governance in UK Universities: a review and assessment", In A. Amaral, G. Jones, e B. Karseth (Eds), *Governing Higher Education: national perspectives on institutional governance* (pp. 163-185), Kluwer University Publishers, Dordrecht.
- Reis, V. (1999). "O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos", In *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*, APES, Lisboa.
- Robinson, R. e LeGrand, J. (1995). "Contracting and the Purchaser-Provider Split", In Altman, R. e Von Otter, C. (Eds), *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility*, Open University Press, Buckingham.
- Rocha, O. (2000). "Modelos de Gestão Pública", *Revista de Administração e Políticas Públicas*, 1(1), 6-16.
- Sakellarides, C. (1984). "Centros de Saúde Integrados: nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(4), 21-29.
- Saltman, R. e Feroussier-Davis, O. (2000). "The Concept of Stewardship in Health Policy", In *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 732-739.

- Saltman, R.; Figueras, J. e Sakellarides, C. (1998). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Saltman, R. e Figueras, J. (1997). “European Health Care Reform: analysis of current strategies”. WHO Regional Publications, European Series, nº 72. Copenhagen, WHO Regional Office in Europe.
- Saltman, R. e Von Otter, C. (1989), “Public Competition versus Mixed Markets: an analytic comparison”, *Health Economics*, 11 (1): 43-55.
- Santos, B. e Ferreira, S. (2001). “A Reforma do Estado-Providência entre as Globalizações Conflitantes”, In P. Hespanha e G. Carapinheiro (Eds), *Risco Social e Incerteza: Pode o estado social recuar mais?*, Vol. nº 3, 177-221, Edições Afrontamento, Porto.
- Shaw, R. (2004). “New Trends in Public Sector Management in Health”, In *Applications in Developed and Developing Countries*, World Bank, Washington.
- Stiglitz, J. (2002). *Globalização. A Grande Desilusão*, Terramar, Lisboa.
- Suleiman, E. (2003). *Dismantling Democratic States*, Princeton University Press, New Jersey.
- Weber, Max (1978). *Economy and Society*, University of California City, London.
- World Health Organization (2008). “The World Health Report 2008: primary care now more than ever”, WHO, Geneva.
- Williamson, O. (1996). *The Mechanisms of Governance*, Oxford University Press, Oxford.
- Williamson, O. (1979). “Transaction-cost Economics: the governance of contractual relations”. *Journal of Law and Economics*, XXII, 233-261.

2. Legislação

Decreto-lei nº 28/2008, de 22 de Janeiro: Estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde.

Portaria 301/2008, de 18 de Abril: Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às Unidades de Saúde Familiares e profissionais que as integram.

Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto: Estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiares, e o regime de incentivos.

Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro: Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das Unidades de Saúde Familiares.

Despacho Normativo 9/96, de 16 de Fevereiro: Aprova o Regime para lançamento e implementação das Unidades de Saúde Familiares.

Decreto-lei nº 88/2005, de 3 de Junho; Repristina o Decreto-lei nº 157/99, de 10 de Maio, revogando o Decreto-lei nº 60/2003, de 1 de Abril.

Despacho 22250/2005, de 25 de Outubro: Determina a reconstituição das Agências de Contratualização dos serviços de Saúde enquanto órgãos das Administrações Regionais de Saúde.

Decreto-lei nº 206/2004, de 19 de Agosto: Regulamenta o regime jurídico de gestão hospitalar.

Decreto-lei nº 60/2003, de 1 de Abril: Cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários.

Decreto-lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro: Cria a Entidade Reguladora da Saúde.

Decreto-lei nº 157/99, de 10 de Maio: Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde.

Despacho 61/99, de 12 de Novembro: Altera o Decreto-lei nº 46/97, de 8 de Agosto, que estabelece as orientações relativas à instalação e funcionamento das Agências de

Acompanhamento de serviços de Saúde junto das Administrações Regionais de Saúde.

Despacho 46/97, de 8 de Agosto: Estabelece as orientações relativas à instalação e funcionamento das Agências de Acompanhamento de serviços de Saúde junto das Administrações Regionais de Saúde.

Decreto-lei nº 117/98, de 5 de Maio: Estabelece o regime Remuneratório Experimental dos médicos da carreira de Clínica Geral.

Decreto-lei nº 335/93, de 29 de Setembro: Aprova o regulamento das Administrações Regionais de Saúde.

Lei nº 48/90, de 24 de Agosto: Estabelece a Lei de Bases da Saúde.

Despacho Normativo 97/93, de 22 de Abril: Define a regulamentação dos Centros de Saúde de segunda geração.

Decreto-lei nº 254/82, de 29 de Junho: Cria as Administrações Regionais de Saúde.

Lei nº 56/79, de 15 de Setembro: Cria no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais o Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-lei nº 413/71, de 27 de Setembro: Reorganiza os serviços do Ministério da Saúde e Assistência.

Decreto-lei nº 414/71, de 27 de Setembro: Estabelece o regime legal das carreiras dos profissionais do Ministério da Saúde e da Assistência.

ANEXOS

Anexo 1

OP – Programação Actividade – Saúde Materna

Centro de Saúde de : Bonfim

Ano: 2004

Quadro X
Saúde materna – actividade corrente proposta para 2004
Fonte: Centro de Saúde

Cuidados médicos	Realizado em 2002	Estimado para 2003	D % 2003/2002	Previsto para 2004	D % 2004/2003
1.ª consultas	572	500	-12,6%	520	4,0%
Consultas seguintes	2832	3250	14,8%	3380	4,0%
Revisão do puerpério	121	250	106,6%	260	4,0%
Total	3525	4000	13,5%	4160	4,0%
Ações de Educação p/ a Saúde em grupo			0,0%		0,0%

Utilização média prevista:

Intervenções de enfermagem	Realizado em 2002	Estimado para 2003	D % 2003/2002	Previsto para 2004	D % 2004/2003
Entrevistas	3228	3000	-7,1%	3000	0,0%
Ações de Educação p/ a Saúde em grupo			0,0%		0,0%

Recursos a envolver e produtividade esperada em 2004:

	Atribuição para 2004	Valor unitário (Euros)	Custos previstos (Euros)
Horas médico/ano	2295,0	31,26	71.741,70
Horas enfermeiro/ano	750,0	13,91	10.432,50
Outras horas prof./ano	3440,0	7,58	26.075,20
Previsão de gastos com medicamentos			36.798,00
Previsão de gastos com meios complementares de diagnóstico			36.072,00
Previsão de gastos com meios complementares de terapêutica			14.437,00
Previsão de gastos com FSE			3.279,00
Previsão de custos com mercadorias vendidas e matérias consumidas			47.860,00
Previsão de outros gastos			62.820,00
TOTAL			309.515,40

Custo unitário:

Nota:

Este quadro refere-se tanto a consultas de Clínica Geral como a consultas de especialidade.

Instalações a utilizar em 2004:

	Número (a)	Horas Semanais Utilizadas (b)	
		Para actividade programada	Para atendimento complementar
Gabinetes de consulta			
Salas Tratamentos			
Outros			
TOTAL	0	0,0	0,0

Notas:

a) Indicar, respectivamente, o número total de gabinetes disponíveis e habitualmente utilizados para consultas / tratamentos / outras actividades.

b) Contabilizar o número total de horas, por semana, utilizadas no total de gabinetes / salas de tratamento / outros.

Anexo 2

OP – Afecção Recursos Financeiros às Actividades do CS

Centro de Saúde de : Bonfim

Ano: 2004

Anexo 4 - Distribuição dos recursos financeiros pelas diferentes actividades

Actividades	Pessoal			Total	%
	Méd	Enf.	Out		
Actividades assistenciais	2.046.560,94	628.732,00	588.988,74	3.264.281,68	74,1%
1. Planeamento familiar - (Quadro IX)	87.215,40	59.117,50	31.699,56	178.032,46	
2. Saúde materna - (Quadro X)	71.741,70	10.432,50	26.075,20	108.249,40	
3. Cuidados a crianças - (Quadro XI-A, XI-B)	99.875,70	52.162,50	36.900,62	188.938,82	
4. Cuidados de saúde gerais a adultos - (Quadro XII)	1.024.077,60	83.460,00	375.263,06	1.482.800,66	
5. Peças e outros tratamentos de enfermagem - (Quadro XIII)		109.332,60		109.332,60	
6. Atendimento complementar - (Quadro XIV)	0,00	0,00	0,00	0,00	
7. Atendimento em SAP ou CATUS - (Quadro XV)	641.455,20	81.234,40	74.852,50	797.542,10	
8. Internamento - (Quadro XVI)	0,00	0,00	0,00	0,00	
9. Cuidados no domicílio - (Quadro XVII)	47.827,80	177.352,50		225.180,30	
10. Vacinação - (Quadro XVIII)		55.640,00	0,00	55.640,00	
11. Actos personalizados de Autarquia de Saúde/ "Consultas" - (Quadro XIX)	25.789,50	0,00	25.847,80	51.637,30	
12. Consultas de especialidades / referência interna (XXII-A, XXII-B)	48.578,04	0,00	18.950,00	67.528,04	
13. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica próprios - (Quadro XXIII-A, XXIII-B, XXIV-A, XXIV-B)	0,00	0,00	0,00	0,00	
Programas e intervenções na comunidade	16.411,50	56.919,72	24.756,28	98.087,50	2,2%
14. Intervenções sobre o ambiente (Autarquia de Saúde) - (Quadro XX)	0,00	0,00	0,00	0,00	
15. Cuidados de âmbito colectivo - Act. Corrente - (Quadro XXI-A)	16.411,50	56.919,72	24.756,28	98.087,50	
16. Cuidados de âmbito colectivo - Act. Não Corrente - (Quadro XXI-B)	0,00	0,00	0,00	0,00	
Actividades não assistenciais	404.028,63	195.094,18	446.219,44	1.045.342,25	23,7%
17. Actividades de administração/gestão - (Quadro XXVI)	253.699,29	133.223,50	389.710,54	776.632,33	
18. Formação profissional - (Quadro XXVII)	150.329,34	61.871,68	56.508,90	268.709,92	
TOTAL	2.467.001,07	880.745,90	1.059.964,46	4.407.711,43	100,0%
Quadros VIII-A a VIII-D	2.508.048,67	880.713,67	1.076.439,13		
Validação	-41.047,60	32,23	-16.474,67		
	REVER	REVER	REVER		

Anexo 3

Painel de Indicadores Contratualização SRS Setúbal

Indicadores	Valor de referência
Adequação	
➤ Áreas de intervenção com objectivos definidos em termos específicos/Áreas de intervenção constantes no Plano de Acção 99 da ARSLVT x 100	$\geq 60\%$
➤ Consonância entre as metas formuladas e a informação apresentada nos quadros do OP	$\cong 100\%$
Acessibilidade e utilização	
➤ Taxa de Utilização em Saúde de Adultos Nº total de 1ª consultas no ano em Saúde de Adultos / nº de inscritos no Centro de Saúde de idade superior a 14 anos x 100	$\geq 50\%$
➤ Taxa de Utilização em Saúde Infantil Nº total de 1ª consultas no ano e no grupo etário considerado em Saúde Infantil / nº de inscritos no Centro de Saúde no mesmo grupo etário x 100 • 0 – 11 meses • 12 – 23 meses • 2 – 14 anos	de acordo com a previsão de utilizadores
➤ Taxa de Utilização em Saúde Materna Nº total de 1ª consultas no ano em Saúde Materna / nº de crianças dos 0 aos 11 meses inscritas no Centro de Saúde x 100	de acordo com a previsão de utilizadores
➤ Taxa de Utilização em Planeamento Familiar Nº total de 1ª consultas no ano de Planeamento Familiar / nº de mulheres dos 15 – 44 anos inscritas no Centro de Saúde x 100	de acordo com a previsão de utilizadores
Qualidade (Nota: Não sendo ainda possível utilizar outros indicadores de qualidade, adoptamos os possíveis, cientes de que estes não avaliam a qualidade em todas as suas vertentes)	
➤ Utilização média: Nº total de consultas / nº de 1ª consultas: ▪ Planeamento Familiar ▪ Saúde Materna ▪ Saúde Infantil 0 – 11 meses ▪ Saúde Infantil 12 – 23 meses ▪ Saúde Infantil 2 – 14 anos	2 - 3 8 - 10 6 - 8 3 - 4 2 - 3
➤ Precocidade de 1ª consultas de Saúde Materna Grávidas com 1ª consulta de vigilância no 1º trimestre / 1ª consultas de Saúde Materna x 100	$\geq 70\%$

<p>➤ Precocidade de 1ª consultas de Saúde Infantil</p> <p>▪ 1ª consultas na vida a crianças com menos de 2 meses / 1ª consultas na vida a crianças com menos de 12 meses x 100</p> <p>▪ 1ª consultas na vida a crianças com menos de 1 mês / 1ª consultas na vida a crianças com menos de 2 meses x 100</p>	<p>≥ 95 %</p> <p>≥ 90 %</p>
<p>➤ Exame global de saúde</p> <p>Nº de crianças de 5 – 6 anos que fizeram exame global de saúde / nº total de crianças de 5 – 6 anos inscritas no Centro de Saúde x 100</p>	<p>≥ 70 %</p>
<p>➤ % de vacinação nas crianças inscritas</p> <p>▪ Nº de crianças dos 0 – 11 meses com PNV cumprido para o grupo etário / nº de crianças dos 0 – 11 meses inscritas x 100</p> <p>▪ Nº de crianças dos 12 – 23 meses com PNV cumprido para o grupo etário / nº de crianças dos 12 – 23 meses inscritas x 100</p>	<p>≥ 95 %</p> <p>≥ 95 %</p>
<p>➤ % de guias diabéticos distribuídos</p> <p>Nº de guias diabéticos distribuídos / nº de diabéticos estimados x 100</p>	<p>≥ 75 %</p>
Produtividade	
<p>➤ Razão actividades (quantidade) / Tempo (horas)</p> <p>▪ Cuidados de Saúde a adultos (consultas)</p> <p>▪ Tratamentos de enfermagem no CS</p> <p>▪ Acto vacinal</p> <p>▪ Entrevistas de enfermagem</p> <p>▪ Sessões de educação para a saúde em grupo</p> <p>▪ Cuidados médicos no domicílio</p> <p>▪ Cuidados de enfermagem no domicílio</p> <p>▪ Consulta de planeamento familiar</p> <p>▪ Consulta de saúde materna</p> <p>▪ Cuidados de saúde a crianças (consultas)</p>	<p>*4 – 5</p> <p>*3,5 – 4,5</p> <p>*4 – 6</p> <p>*3 – 4</p> <p>*1 – 1,5</p> <p>*0,8 – 1,2</p> <p>*0,8 – 1,2</p> <p>*2,5 – 3,5</p> <p>*2,5 – 3,5</p> <p>*2,5 – 3,5</p>
Eficiência	
<p>➤ Custo médio em medicamentos por consulta realizada no Centro de Saúde (excluindo as realizadas no SAP/SADU/SU), por ano</p> <p>(O valor máximo de referência corresponde ao valor médio observado entre 1997 e 1999 nos Centros de Saúde da Sub-Região que se situaram entre o 1º quartil e a mediana.)</p> <p>Nota: Para os centros de saúde cujo valor histórico deste indicador apresenta grandes desvios em relação ao valor máximo de referência, poder-se-á aceitar um custo médio em medicamentos (excepto SAP) até 4.000 escudos (19,95 euros). Para tal, é indispensável a apresentação de um plano estratégico de racionalização da prescrição, a implementar (ou já implementado) no centro de saúde durante 2002.</p>	<p><= 3.500 escudos**</p> <p>(<= 17,46 euros)</p>

Anexo 4

Indicadores de Contratualização com as USF em 2006

Área	Indicadores
Acesso (3)	3.12 – Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	4.18 - Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos
	4.30 - Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Desempenho Assistencial (5)	5.4 - Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registada nos últimos três meses
	6.1- Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	6.1- Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	6.1.2- Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
	6.9- Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Desempenho Económico (2)	7.6 - Custo estimado para medicamentos prescritos
	7.7 - Custo estimado para meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos

Anexo 5

Contratualização com ACES 2010 – cálculo de incentivos



Incentivos a aplicar em Plano de Investimento dos ACES

O valor potencial de incentivo é calculado através da redução das comparticipações financeiras do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina e MCDT, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Se Med 2010} < \text{Med 2009} \Rightarrow 0,8 (\text{Med 2009} - \text{Med 2010})$$

Exemplo

Medicamentos facturados comparticipação financeira 2009 = 15.960.000€

Medicamentos facturados comparticipação financeira 2010 = 15.460.000€

-500.000€

MCDT facturados comparticipação financeira 2009 = 8.700.000€

MCDT facturados comparticipação financeira 2009 = 8.300.000€

-400.000€

-900.000€

80% = 720.000€
valor máximo de incentivo

Indicadores do Contrato Programa 2010	Peso relativo	Peso Relativo %
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Nacional	60%	
Taxa de utilização global de consultas médicas		8%
Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar		8%
Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso (1.000 nados-vivos)		7%
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias		8%
Percentagem de utentes com PN Vacinação actualizado aos 13 anos		8%
Percentagem de inscritos entre os 50-74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado		7%
Incidência de amputações em diabéticos na população residente (10.000 residentes)		6%
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente (10.000 residentes)		6%
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (Dose Diária Definida/1000 habitantes)		6%
Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (CPC2)/ nº total de episódios		6%
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos		6%
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos		8%
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador		8%
Custo médio de MCDT facturados por utilizador		8%
		100%
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Regional	20%	
Percentagem de mulheres entre os 25-64 anos com colposcopia actualizada (uma em 3 anos)		30%
Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos		30%
Taxa de referenciação CTH por inscritos		10%
Percentagem de consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em ambulatório		30%
		100%
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Local	20%	
1 indicador		50%
2 indicador		50%
		100%

720.000 € incentivo

432.000€

144.000€

144.000€